

**Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный
медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени
В.П. Сербского»
Министерства Здравоохранения Российской Федерации**

На правах рукописи

Шишкина Ольга Александровна

**«Органическое расстройство личности у женщин, совершивших
правонарушения (клинический и судебно-психиатрический
аспекты)»**

**СПЕЦИАЛЬНОСТЬ
14.01.06 – ПСИХИАТРИЯ**

**Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

**Научный руководитель
доктор медицинских наук,
профессор М.А. Качаева**

Москва - 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	3
ВВЕДЕНИЕ	4-10
ГЛАВА I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	11-38
1.1. Общие вопросы этиологии, клинической картины, динамики и диагностики	11-23
1.2. Роль пола в формировании особенностей органического расстройства личности у женщин	23-32
1.3. Судебно-психиатрические аспекты	32-38
ГЛАВА II. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	39-57
2.1. Материал и методы исследования	39-42
2.2. Общая характеристика клинического материала	43-57
ГЛАВА III. КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ОРГАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ, СОВЕРШИВШИХ ПРАВОНАРУШЕНИЯ	58-82
3.1. Экспертно значимые клинические особенности	58-66
3.2. Клинико-динамические особенности	66-69
3.3. Клинико-социальные особенности	69-74
3.4. Связанные с полом особенности органического расстройства личности	75-82
ГЛАВА IV. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ У ЖЕНЩИН	83-105
4.1. Общая судебно-психиатрическая характеристика	83-97
4.2. Основные принципы принятия экспертного решения	98-105
ГЛАВА V. ЗАКЛЮЧЕНИЕ	106-116
ВЫВОДЫ	117-119
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	120-157
ПРИЛОЖЕНИЕ	158-233

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ОПР –	органическое психическое расстройство
ОРЛ –	органическое расстройство личности
ПОС –	психоорганический синдром
ПАВ –	психоактивные вещества
МКБ-10 -	Международная классификация болезней 10-го пересмотра
ООД -	общественно опасные деяния
ЧМТ –	черепно-мозговая травма
ЭЭГ –	электроэнцефалография
РЭГ -	реоэнцефалография
МРТ -	магнитно-резонансная томография
КДНиЗП -	Комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав
ДЭП -	дисциркуляторная энцефалопатия
MMSE -	Mini-Mental State Examination, краткая шкала оценки психического статуса
MoCa -	Montreal Cognitive Assessment, Монреальская шкала оценки когнитивных функций
УК РФ -	Уголовный кодекс Российской Федерации
УПК РФ -	Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации

ВВЕДЕНИЕ

Органическое расстройство личности (ОРЛ), как одна из наиболее часто встречающихся нозологий в психиатрии, на протяжении длительного времени изучалась как зарубежными, так и отечественными учеными (Вандыш-Бубко В.В., 1979-2019; Берсенева Ю.А., 2004; Леонова Т.В., 2006; Григоров А.А., 2007; Усюкина М.В., 2014-2017; Макушкин Е.В., Пищикова Л.Е., 2015; Гиленко М.В., 2016; Лаврущик М.В., 2017; Ismail Z., Smith E.E., Geda Y.E. et al., 2016; Angel G., 2018). В последние годы все больше исследований проводится по выявлению роли медико-социальных факторов в развитии психической патологии, анализируются социальные предикторы криминального поведения, их влияние на клинико-динамическую характеристику и прогноз органического психического заболевания (Попов С.Н., Винникова И.Н., 2015; Eshkooor S.A., Hamid T.A., Mun C.Y. et al., 2015). Отдельное внимание уделяется этой проблеме с учетом пола лиц, страдающих ОРЛ (Пивень Б.Н., 2013; Гатин Ф.Ф., Волгина Ф.М., 2014; Sachdev P.S., Lipnicki D.M., 2012; Ng T.P., Feng L., Nyunt M.S., 2016).

Недостаточно исследованной представляется и социально-демографическая характеристика женщин с органическим расстройством личности, проходящих судебно-психиатрическую экспертизу по уголовным делам в качестве обвиняемых (подозреваемых) в совершении преступлений, хотя тема всестороннего анализа роли медико-социальных и личностно-психологических факторов на этиопатогенез и течение органического расстройства личности становится особенно актуальной в судебно-психиатрической практике. Это объясняется высокой вероятностью влияния ряда патогномоничных для данного заболевания факторов, прежде всего на динамику ведущих синдромов (личностные, когнитивные нарушения и т.д.), что отражается на способности регуляции своего поведения в юридически значимый период (Вандыш-Бубко В.В., 2004-2012; Тарасова Г.В., 2010).

Известно, что гендерный фактор следует расценивать в качестве предиктора особой злокачественности течения алкоголизма у женщин, его особого разрушительного влияния в части усугубления психопатологии (Клименко Т.В.,

Кирпиченко А.А., 2011; Королева Е.В., 2015-2017). Ряд исследований, посвященных изучению коморбидности органического расстройства личности и алкоголизма, основан на изучении мужского контингента (Гиленко М.В., Вандыш-Бубко В.В., 2016-2019); аспект проблемы у женщин исследован недостаточно.

Вместе с тем, в последние годы в связи с появлением новых убедительных данных относительно влияния негативного эмоционального опыта на развитие психической патологии как у девочек, так и у женщин - жертв домашнего насилия, соответствующий аспект проблемы находит отражение в исследованиях органического психического расстройства с учетом гендерного подхода (циклы насилия, жестокое обращение), особенностей функционирования женщин в зрелом возрасте (Дмитриева Т.Б., Иммерман К.Л., Ромасенко Л.В., Качаева М.А., 1999, 2003; Макушкин Е.В., 2000-2013; Пережогин Л.О., Догадина М.А., 2000,2007; Васянина В.И., 2002; Бадмаева В.Д., 2009,2017; Дмитриева Т.Б., 2009; Харитоновна Н.К., 2010; Дозорцева Е.Г., 2013; Макушкин Е.В., Чибисова И.А., 2017; Khanlou N., Pilkington F.V., 2015). Кроме того, накопились клинические данные, свидетельствующие о патоморфозе психических расстройств, изменении феноменологии, динамики протекания, возрастной специфике экзогенно-органических психических заболеваний (Вандыш-Бубко В.В., 2010, 2018; Краснов В.Н., 2011; Горинов В.В., 2017; Main K.L., 2017; Nekrosius D., Kaminskaite M. et al., 2019).

Все вышеперечисленное свидетельствует о том, что проблема противоправного поведения женщин с органическим расстройством личности сложна и многогранна. В ней можно выделить несколько аспектов – клинический, личностно-психологический, социальный, юридический, судебно-психиатрический, каждый из которых нуждается в отдельном изучении.

Актуальность данного исследования определяется необходимостью установления роли клинических и социальных факторов, повышающих степень риска совершения ООД женщинами с органическим расстройством личности, необходимостью уточнения клинических критериев вменяемости при их

экспертной оценке, а также важностью анализа имеющих для женщин особую значимость психотравмирующих факторов - негативный эмоциональный опыт детства с эпизодами жестокого обращения, виктимностью, воспитанием в условиях хронической психогении с нарушением парентинга; внутрисемейные проблемы с зависимостью партнера от ПАВ, конфликтными ситуациями с применением физической силы со стороны партнера, низким уровнем дохода семьи; социальная депривация или дефицит социальной поддержки.

Цель исследования: разработать критерии диагностики и судебно-психиатрической оценки органического расстройства личности у женщин, совершивших правонарушения,

Задачи исследования:

1. Выявить взаимосвязь органического расстройства личности у женщин с возрастными, биологическими и социальными факторами, оценить степень их влияния на проявления экзогенно-органической патологии.
2. Проанализировать клинико-психопатологические особенности и роль личностно-психологических, а также социальных факторов в формировании противоправного поведения у женщин с органическим расстройством личности.
3. Определить структуру и основные паттерны противоправного поведения женщин с органическим расстройством личности.
4. Описать синдромальную специфику и особенности возрастной динамики в соотношении с критериями экспертной оценки вменяемости, невменяемости, ограниченной вменяемости. Уточнить критерии оценки способности женщин с органическим расстройством личности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими.

Научная новизна. На основании комплексного исследования получены новые данные о клинико-психопатологических, клинико-динамических, криминологических особенностях и их взаимодействии у женщин с ОРЛ, совершивших правонарушения. Выделены факторы, влияющие на формирование

органического расстройства личности и определяющие появление противоправной активности у женщин.

Дана подробная характеристика клинической картины органического расстройства личности у женщин, совершивших правонарушения. Впервые получены сведения об особенностях органического расстройства личности у женщин, совершивших правонарушения с учетом пола, роли социальных, биологических и возрастных факторов. Установлены закономерности динамики заболевания, особенности типичной для женщин клинической картины ОРЛ, особенности динамики и паттерны криминального поведения.

Теоретическая значимость работы. Полученные в результате исследования данные об особенностях ОРЛ у женщин, совершивших правонарушения, существенно расширяют представления относительно критериев прогноза заболевания, значимости ближайшего окружения в формировании и реализации общественно опасных действий, что способствует совершенствованию процедуры судебно-психиатрической оценки данного контингента, а также создает предпосылки для дифференцированного выбора профилактических мер совершения ими правонарушений. Эти результаты также могут быть использованы для дальнейших исследований данной проблемы на междисциплинарном уровне (с участием психологов, социологов, криминологов).

Практическая значимость работы состоит в уточнении значимости клинических и социальных факторов в формировании противоправной активности у женщин с ОРЛ. Определены структура и криминологические особенности правонарушений, совершенных женщинами с ОРЛ. Полученные данные могут быть использованы для разработки мероприятий, направленных на раннее выявление и предотвращение противоправной активности женщин с ОРЛ, которые должны включать своевременное оказание квалифицированной медицинской помощи с учетом важности для женщин роли биологических факторов, уровня социальной адаптации, образования, трудоустроенности, характера межперсональных (главным образом, семейных) отношений. Выделенные в процессе исследования варианты ОРЛ в зависимости от времени

начала действия экзогенных факторов могут быть использованы для дифференцированной оценки значимости социальных факторов. Разработанная система комплексного анализа клинико-психопатологических, социальных, личностно-психологических и биологических факторов у женщин с ОРЛ позволяет аргументировано оптимизировать решение экспертных задач при обоснования юридического критерия формулы невменяемости.

Внедрение результатов работы

Полученные данные исследования внедрены в работу Федерального казенного учреждения «Казанская психиатрическая больница (стационар) специализированного типа с интенсивным наблюдением» и Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Башкортостан «Республиканская клиническая психиатрическая больница».

Основные положения, выносимые на защиту:

1. ОРЛ у женщин, совершивших правонарушения, отличается множественной этиологией заболевания, выраженностью психопатоподобных (личностных) расстройств, уязвимостью к личностно значимым (внутрисемейным) психогенно-травмирующим переживаниям, высокой изменчивостью психопатологических проявлений в зависимости от биологических факторов, сопутствующей сомато-неврологической симптоматики.

2. Неблагоприятные социальные факторы (негативный эмоциональный опыт детского периода, асоциальные условия воспитания, антисоциальное микросредовое окружение) являются предпосылками криминальной активности у женщин с ОРЛ.

3. Клинико-психопатологические особенности ОРЛ у женщин находятся в тесной взаимосвязи с социальными факторами, определяя прогноз заболевания, динамику психопатологических проявлений и типологию криминального поведения.

4. Для женщин с ОРЛ наиболее типичны агрессивные правонарушения; реализации типичных для привлекаемых к уголовной ответственности женщин с

ОРЛ агрессивных правонарушений способствуют такие их личностные особенности как эксплозивность, проблемы волевого контроля, а также значимые переживания личного, внутрисемейного характера. Жертвой этих деяний в условиях конфликтных взаимоотношений наиболее часто являются супруг, партнер.

Апробация работы. Основные положения диссертации обсуждались на Проблемном совете по судебной психиатрии ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России 30 сентября 2020 г. Результаты диссертационного исследования были доложены на региональной научной конференции «Душевные расстройства: от понимания к коррекции и поддержке» (8 июня 2018г., Ростов-на-Дону); научно-практической конференции с международным участием «Судебная психиатрия: современные проблемы теории и практики (диагностика, экспертиза, профилактика)» (18-19 сентября 2018г., Москва); V Ежегодной межвузовской научно-практической конференции «Психосоматическая медицина в России: достижения и перспективы - 2019» (23 марта 2019г., Москва).

Степень достоверности исследования подтверждается репрезентативностью выборки и адекватностью поставленной цели и задачам исследования статистической обработкой базы данных.

Личное участие автора в получении результатов.

Автором проанализированы отечественные и зарубежные источники по теме диссертации, проведено клинико-психопатологическое обследование 102 и психометрическое обследование 60 женщин с органическим расстройством личности, совершивших правонарушения. По архивным медицинским картам набрана группа сопоставления из 50 женщин с органическим расстройством личности общей психиатрической сети, составлена база данных и проведена ее статистическая обработка, обобщены результаты исследования, подготовлены публикации, текст диссертации и автореферат.

Публикации. По теме диссертации опубликовано **14** печатных работ, из них **6** статей - в рецензируемых научных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Министерства образования РФ для публикации

основных результатов диссертаций на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.

Объем и структура работы. Диссертация изложена на 233 странице машинописного текста, 157 страниц – основного текста, состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, списка сокращений и списка использованной литературы, а также приложения (4 таблицы данных по группам наблюдений, 5 клинических иллюстраций). Диссертация иллюстрирована 1 таблицей, 10 рисунками. Список литературы содержит 329 библиографических источников, в том числе 178 публикаций отечественных авторов и 151- иностранных.

ГЛАВА I

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Общие вопросы этиологии, клинической картины, динамики и диагностики

К настоящему времени тема экзогенно-органических психических расстройств в судебной психиатрии освещена в работах многих ученых (Вандыш-Бубко В.В., 1979-2017; Андреева Е.С., 2000; Берсенева Ю.А., 2004; Корзун Д.Н., 2004; Леонова Т.В., 2006; Григоров А.А., 2007 -2010; Усюкина М.В., 1998-2018; Тюлькина О.Ю., 2013; Попов С.Н., Винникова И.Н., 2015; Пищикова Л.Е., 2010-2015; Гиленко М.В., 2010-2019; Лаврущик М.В., 2017; Welch L.W., Bear D., 1990; Hanninen T. et al., 2002; Boone K.B., 2007; Bastert E. et. al., 2011; Wortzel H.S., Cranacher R.P., 2015).

Интерес изучения ОРЛ обусловлен масштабами патогенных экзогенных воздействий на население, а также появлением новых экзогенных факторов (неблагополучная экологическая ситуация, низкое качество питания, увеличение числа источников электромагнитного излучения, радиационные загрязнения, техногенные аварии, токсические воздействия новых лекарственных средств при их самостоятельном неправильном применении без назначения врача), новых (синтетических, комбинированных, дизайнерских) психоактивных веществ (ПАВ), оказывающих особенно злокачественное разрушительное действие и способных ухудшать не только здоровье в целом, но и вызывать органическое поражение головного мозга (Демчева Н.К., 1995-2000; Попов С.В., Винникова И.Н., 2015; Гиленко М.В., 2016; Колмогорова В.В., Буйков В.А., 2017; Вандыш-Бубко В.В., 2019; Croft R.J. et al., 2002; Nietanen M., Kovalala T., Hamalainen A.M., 2002; Canguli M., 2004; Di Carlo A., 2007; Bradford A., Kunik M.E., Schulz P., 2009; Delbaere K. et al., 2012; Corcoran M.A. et al., 2014; Bayles K., 2018). Вышеуказанное объективно находит отражение в росте заболеваемости органическими психическими расстройствами (ОПР) в популяции в целом (Багрий Н.В., 2006; Корнилов А.А., 2007-2008; Краснов В.Н., 2011; Ахременко К.В., 2015; Демчева

Н.К., Кекелидзе З.И. и др., 2017; Кекелидзе З.И., Макушкин Е.В. с соавт., 2017). ОПР преобладает во всех подразделениях психиатрической службы и составляет в среднем 27,3% (Шереметьева И.И., 2008). Наибольший разброс выявления данной нозологической группы наблюдается в общей структуре психической патологии у подростков и достигает 69,9% (Примоченок А.А., 2010). Распространенность недементных (умеренных) когнитивных нарушений среди пожилых лиц составляет 44% (Захаров В.В., 2018). Показатель уровня лиц с ОПР, прошедших судебно-психиатрическую экспертизу в рамках уголовных дел в период 2014-2016гг. колебался в пределах 13-20% от всех лиц, прошедших судебно-психиатрическую экспертизу в Российской Федерации, при этом показатель невменяемости в пределах данной нозологии оставался на довольно высоком уровне с тенденцией к увеличению и достигал 22% (Мохонько А.Р., Муганцева Л.А., 2015- 2018). ОПР является одной из наиболее частых категорий применения критериев ограниченной вменяемости (Андреева Е.С., 2000; Русина В.В., 2008). В женском отделении ФГБУ «НМИЦ ПН им В.П. Сербского МЗ РФ» в период 2016-2019 гг. на долю органического расстройства личности приходилось 19,3-25,7% среди всех женщин, прошедших стационарную СПЭ в уголовном процессе.

Во многих исследованиях выявлялось, что для формирования ОРЛ особенно неблагоприятным является сочетание нескольких этиологических факторов, в противовес наличию одного изолированного (Кузнецова Ц.В., 2003; Комарова Е.В., 2007; Захаров В.В. и соавт., 2016-2018; Вандыш-Бубко В.В., Гиленко М.В., Тарасова Г.В., Топилина М.И., 2017; Цырлин В.А., 2018; Travin S., Klein N., Protter B., 1985; Zyss T. et al. , 2007; Wahlund L-O., Erikinjuntti T., Gauthier S., 2009; Yaffe K., Falvey C.M., Hamilton N., 2013; Vassilaki M., Aakre J.A., Cha R.H., 2015; Pandya S.Y., Clem M.A., Silva L.M., 2016; Weyandt L., 2018; Ott C.V., Johnson B., Mcoveanu J., et al., 2019).

В.В. Вандыш-Бубко (1997-2018) указывал, что характер экзогенно-органического воздействия, его количественная характеристика в совокупности с преморбидными особенностями индивида, спецификой индивидуальных

компенсаторных возможностей нервной системы, генетическими характеристиками, преимущественной локализацией поражения в центральной нервной системе обуславливают клиническое разнообразие синдромов органических психических расстройств. Автор указывает, что для ОРЛ одним из наиболее существенных факторов является возраст перенесенной этиологически значимой экзогенной вредности, оказывающей патопластическое влияние, что определяет не только клинические варианты органического психического расстройства, но и закономерности его динамики.

При изучении ОПР Гурьевой В.А. (1974), Вандышем-Бубко В.В. (1979-2008) отмечен ряд отличий клинической картины ОРЛ в зависимости от возраста начала действия экзогенных вредностей. Так, при органическом поражении головного мозга, когда начало действия экзогенных вредностей пришлось на более ранний возраст (до 18 лет), уже на ранних этапах заболевания отмечается появление аномалий развития, проявляющихся задержкой развития и психическим дефектом разной степени выраженности. Это может касаться как когнитивных функций, так и личности в целом. Наиболее часто клинические проявления ОПР у них заключаются в психопатоподобном синдроме. При ранних органических поражениях ЦНС уже в детском возрасте возможно появление таких симптомов, как повышенная утомляемость и истощаемость, расстройства речи, малодифференцированная и однообразная эмоциональность, недостаточность тонких нюансов мимики, склонность к гиперкинезам, психосенсорной возбудимости различной степени выраженности, расстройства влечений, вялость, торпидность, сонливость, психопатоподобные расстройства. При отсутствии или недостаточности лечебных мероприятий происходит формирование психоорганического синдрома, проявления которого можно отчетливо проследить уже в период подросткового возраста. Наиболее типичными клиническими проявлениями ПОС подросткового возраста являются головные боли, нередко сопровождаемые тошнотой и рвотой, нарастающие при утомлении, а также при резких движениях, усиливающиеся при нагрузках на вестибулярный аппарат и подъеме тяжестей. Характерны головокружения, нередко при

изменении положения тела, ортостатические полуобморочные состояния. Нередко присоединяются сенсомоторно-вегетативные проявления, потливость, тахикардия недостаточность и лабильность терморегуляции – стойкость гипертермии после жары, гипотермии после холода и после утомления, а также колебания температуры тела. Характерны повышенная чувствительность к слуховым (гиперакузия) и световым раздражителям. Отмечаются рудиментарные явления амнестической афазии (особенно в отношении имен и названий), немаловажное значение приобретает и появление расстройств витальных влечений (повышение или понижение либидо).

В работах А.Ю. Берсеновой (2004), Л.С. Круглова (2007), П.П. Балашова (2011), И.В. Дамулина (2012), Ф.М. Волгиной (2012), Ф.Ф. Гатина с соавт. (2014-2015), Ю.А. Старчиной (2017), Г.В. Тарасовой, В.В. Вандыша-Бубко (2019), O.L. Lopez, W.J. Jagust (2003), J.S. Lin, E.O'Connor et al. (2013), C.H. Li, L.N. Huang, M.C. Zhanq et al. (2017) наиболее важным фактором риска развития ОПР рассматривается именно возраст, а также сердечно-сосудистые заболевания (атеросклероз, артериальная гипертензия), черепно-мозговые травмы (в особенности с повреждением костей не лицевой части черепа), другие соматические и неврологические заболевания (аутоиммунные, дегенеративные, последствия острого нарушения мозгового кровообращения), эндокринопатии (сахарный диабет, метаболический синдром, избыточный вес), табакокурение, депрессия. Авторы отмечают, что в этиологии ОРЛ преобладают сочетанные поражения головного мозга (86,4%), среди изолированных экзогенно-органических повреждающих факторов преобладают травматический (40,0%), перинатальный (35,0%) и интоксикационный (20,7%).

В исследовании И.И. Шереметьевой (2008), установлена значимая взаимосвязь тяжести ОПР в зависимости от возрастного фактора, что объясняется нарастанием частоты экзогенно-органических поражений головного мозга в связи с оживлением следа перенесенных ранее экзогенных воздействий под влиянием присоединяющегося сосудистого фактора, а также накоплением больными в процессе их жизни разнообразных экзогенных вредностей, дающими в итоге

суммарный патогенный эффект. O.L. Lopez, W.J. Jagust et al. (2003) установили, что риск развития ОПР после 75 лет возрастает с 19% до 29%.

О.Ю. Стрижицкая (2016), J. Verghese, A. LeValley, C. Derby (2006), R.C. Petersen, R.O. Roberts et al. (2010), Y.E. Geda et al. (2010-2014), R.O. Roberts et al. (2012), M. Wicklund, R.C. Petersen (2013), A. Jorge, P. Herrera, D. Nora et al. (2013), J.N. Vega, P.A. Newhouse (2017) среди факторов прогрессирования органической психической патологии выделяли дефицит компенсаторных механизмов, обусловленных так называемым когнитивным резервом, ключевым фактором формирования которого считается интеллектуальная активность, высокий уровень и продолжительность образования. Объяснение данному феномену с точки зрения нейропсихологии заключается в формировании большего количества нейронных связей, стимулирующих развитие отделов мозга, ответственных за речь и связанные с ними структуры, ассоциированные с формированием семантической памяти.

В исследованиях Я.П. Гирич (1975), Р.П. Голодец (1982), В.И. Мельник (1987), А.М. Селедцова (1994-1998), М.Х. Махтумовой (1995), Е.Р. Чикина (1995), И.М. Пархоменко (1999), Е.А. Калининой (2002), Ю.А. Шуляк (2008), Н.А. Михайловой (2010); М.В. Гиленко (2011-2018); Д.В. Дяткова (2012); Э.Ф. Самедовой (2015); Г.В. Тарасовой, В.В. Вандыша-Бубко (2019), A. Latvala (2011), H. Yukihiro, O. Shigeru (2012), R.E. Jorge, R. Li, X. Liu et al. (2019), D. Singh, W.R. Martinez et al. (2019) отмечено, что вопрос о причинно-следственной связи между зависимостью от ПАВ и психическими расстройствам не имеет однозначного ответа, во многом определяется множеством генетических, личностных и социальных факторов. Вместе с тем, у лиц с ОРЛ выявлено существенное влияние сочетанной зависимости от ПАВ на динамику когнитивных функций, экспрессию личностных изменений, появление суицидальных тенденций и антисоциальных личностных черт, которые в свою очередь утяжеляют течение наркомании и алкоголизма и способствуют формированию неблагоприятного прогноза в целом.

М.В. Гиленко (2016), изучая коморбидность органического расстройства личности и алкоголизма на мужском контингенте, отмечала, что ОПР является

фактором predisпозиции формирования зависимости от алкоголя, в то же время является одним из наиболее значимых этиопатогенетических факторов. Выявлено, что присоединение токсического фактора в развитии ОПР приводит не только к неблагоприятной клинической динамике, проявляющейся специфическим синдромокинезом с прогрессирующим утяжелением расстройств, но и сменой резидуальных состояний на прогрессивные. Автором выделены ОПР «первичные» - осложненные зависимостью от алкоголя и «вторичные» - в генезе которых зависимость от алкоголя имела существенную роль. В данном исследовании ОРЛ с умеренными когнитивными нарушениями характеризовалось преобладанием в клинической картине негативных личностных расстройств и расстройств личности с легкими когнитивными нарушениями, при которых основными чертами личности обследованных были эксплозивные и истерообразные. Отмечалось, что клинко-патогенетические особенности коморбидной патологии имеют важное значение в принятии экспертного решения.

Социальные факторы развития ОРЛ, как отмечалось рядом авторов (Пецевич М.Е., 1989; Семикин А.В., 1989; Белов В.П., 1978-1986; Вандыш-Бубко В.В. с соавт. 1998-2010; Баканов М.Ю., 2001; Нью Т.Г., 2002; Загитова Ж.Б., 2002; Рязанова А.Ю., 2009; Дамулин И.В., 2012; Волгина Ф.М., 2012; Гатин Ф.Ф. с соавт., 2014-2015; Рыжова И.А., 2015; Старчина Ю.А., 2017; Lopez O.L., Jagust W.J., 2003; Lin J.S., O'Connor E. et al., 2013; Batty R.A., 2013; Beech A.R., 2018), влияют не только на формирование церебрально-органической патологии, но и ее прогноз. Изучение роли психогении в формировании неблагоприятного прогноза ОРЛ показало, что стрессовые факторы играют роль не причинных, а провоцирующих, либо преципитирующих факторов. Среди наиболее значимых выделяют такие факторы, как низкий уровень образования, недостаток социальной поддержки, отсутствие семьи, неудовлетворительные жилищные условия, неблагоприятные условия труда с наличием производственных вредностей, либо отсутствие места работы, ежемесячный доход ниже прожиточного минимума, низкий социально-экономический статус,

малоподвижный образ жизни, «неправильное» питание, наличие хронических и острых стрессовых событий, неблагоприятное состояние окружающей среды, малодоступность медицинской помощи.

Л.С. Круглов (2007) в своем исследовании установил, что уровень социального функционирования влияет и на отдаленный прогноз больных с психоорганическим синдромом сосудистого генеза, большое значение имеет степень компенсации соматического состояния, характер отношения пациентов к болезни, их возраст и систематичность лечебного процесса.

Анализ зарубежной литературы позволяет сделать вывод о том, что в странах, использующих дименсиональный подход к диагностике психических заболеваний, ОПП относятся к нейрокогнитивным расстройствам. Наиболее близкими, в соотнесении с критериями диагностики, к ОРЛ можно отнести мягкое нейрокогнитивное расстройство (mild neurocognitive disorder - MNCD) в рамках DSM-V или мягкое когнитивное расстройство (mild cognitive impairment) по предыдущей версии классификатора, DSM-IV (Буторина Н.Е., 2002-2008; Буторин Г.Г., 2013; Lopez O.L. et al., 2003; Вандыш-Бубко В.В., 2018; Ganguli M., Blacker D., 2011; Smith G.E. et al., 2013; Sachs-Ericsson N., Blazer D.G., 2014; Simpson J.R., 2014; Stokin B.G., Krell-Roesch J. et al., 2015; Knopman D.S., Petrsen R.C., 2016; Sanford A.M., 2017). В бета-проекте МКБ-11 группа органических психических расстройств (F 0) также переименована в группу нейрокогнитивных расстройств, которые трактуются как первичный приобретенный дефицит когнитивных функций по типу снижения от ранее достигнутого уровня функционирования (но не обусловленный проблемами развития) и представлены делирием/бредом (6D70), мягким нейрокогнитивным расстройством (6D71), амнестическим расстройством (6D72), синдромом деменции/слабоумием (6D80-6D8Z). Критериями мягкого нейрокогнитивного расстройства (6D71) являются объективное снижение (сравнительно с предыдущим уровнем функционирования) в одном или нескольких когнитивных доменах; субъективное осознание возникшей проблемы; ее актуальности, тем не менее при сохранной способности к повседневной деятельности; проблема не обусловлена процессом

нормального старения. Это расстройство разной степени выраженности (легкое, умеренное), не достигающее степени деменции может быть проявлением основного заболевания нервной системы (травмы, инфекции, интоксикации) (Вандыш-Бубко В.В., 2018).

Таким образом, концепция ОПР отражает не только значимость самого факта наличия нарушений в сфере когнитивных функций, но и необходимость их квантифицированной оценки, а также выявление четкого морфологического субстрата, что влечет необходимость оценки не только психической сферы, но и соматических, и неврологических заболеваний для установления степени их влияния на психическое состояние и его динамику. Ражба Ю.Л. (1999), Осадший Ю.Ю., Оруджев Н.Я., Сентябрев Н.Н. с соавт. (2012), Захаров В.В., Кабаева А.Р. (2017), Захаров В.В. (2018), McEvoy J.P. (1981), Fauman M.A. (1983), Good M.I. (1994), Kapfhammer H.P. (2001), Loring D.W., Barr W.B., Hamberger M., Helmstaedter C. et al. (2008), Geda Y.E., Nedelska Z. (2012), Mas-Exposito L., Amador-Campos J.A., Lalucat-Jo.L. et al. (2014), Husain M., Schott J.M. (2015), Zollman F. (2016), Ismail Z., Smith E.E., Geda Y.E. et al. (2017), Yuriko N., Naoya O., Yoshiki H. et al. (2018) указывали, что интеграция данных нейрофизиологического обследования в практику судебно-психиатрической экспертизы при ОПР наиболее обоснована для выявления биологической основы органического поражения для определения «уровня ущерба», а также для оценки прогрессивности заболевания.

Вместе с тем, в последние годы появляется все больше новых возможностей внедрения в психиатрию высокотехнологичных методов обследования, позволяющих с высокой точностью оценивать состояние структур головного мозга (методы структурной и функциональной нейровизуализации), что способствует формированию качественно нового уровня диагностики заболеваний не только в общесоматической сети, но и у лиц, страдающих ОПР. Это способствует совершенствованию традиционных клинических подходов, профилактики, ранней диагностики и методов лечения экзогенно-органической патологии различной степени тяжести (Гаврилова С.И., 2001-2003; Калын Я.Б.,

Брацун А.Л., 2001; Первомайский В.Б., 2001-2006; Яхно Н.Н., 2001-2017; Селезнева Н.Д. с соавт., 2002; Медведев А.В., 2004, Дамулин И.В., 2005; Березина И.Ю., 2006; Локшина А.Б., 2006; Бугрова С.Г., 2008-2009; Носачев Г.Н., 2008; Новиков А.Е., 2008-2009; Григоров А.А., 2010; Копчак О.О., 2012; Липовецкий Б.М., 2013-2018; Белова Л.А., Машин В.В., Моисеев М.Ю. соавт., 2016; Stewart R., 2002; McKeith I.G., 2002; Waldemar G., 2002; Purandare N., 2003; Elmstahi S. et al., 2014; Langa K.M., Levine D.A. 2014 и многие другие).

Значительную помощь в диагностике данной категории лиц оказывают данные неврологического исследования: выявление положительного окулостагмического феномена, пареза взора вверх и/или в стороны, нистагма или нистагмоида, слабости конвергенции, вялой реакции или отсутствия реакции зрачков на свет при сохранности реакции на конвергенцию и аккомодацию (симптом Аргайла Робертсона), сужения или расширения зрачков, анизокории (разновеликости зрачков), асимметрии мышц лица, анизорефлексии. В ряде случаев обнаруживается выраженная вазо-вегетативная дистония (повышенная потливость, кожные вазомоторные расстройства, склонность к тахикардии при легком физическом напряжении). 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 (Гурьева В.А., 1974).

Очаговая неврологическая симптоматика (гемипарезы) при ОРЛ встречается редко. У некоторых в ликворе (спинномозговой жидкости) обнаруживается склонность к повышению давления ликвора, колебания содержания белка при нормальных показателях цитоза, умеренные или слабо выраженные белковые реакции. У больных с легкими проявлениями заболевания обнаруживается отсутствие или низкое содержание серотонина в ликворе; при выраженном психоорганическом синдроме, тяжелых и частых кризах обнаруживается

достоверно более высокое его содержание (в среднем $4,54 \pm 0,6$ мг/мл) (Гурьева В.А., 1974).

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, ступенчатость их границ (Захаров В.В., 2016-2018; Haiduk A., Herbst A. et al., 1986).

На обзорных рентгенограммах черепа наиболее характерными признаками экзогенно-органической патологии является внутричерепная гипертензия, косвенным проявлением которой является усиление сосудистого рисунка, пальцевые вдавления свода черепа, расширение входа в турецкое седло, прозрачность костей черепа, появление очагов обызвествления (Захаров В.В., 2016).

На электроэнцефалограммах (ЭЭГ) характерно выявление диффузных нарушений биоэлектрической активности мозга, которые выражаются в снижении лабильности и слабой реактивности мозговых структур по органическому у типу. Иногда отмечается увеличение амплитуды и снижение частоты альфа-ритма. Однако переоценивать значение данных, полученных при ЭЭГ, не следует – в отдаленном периоде раннего органического поражения ЦНС при наличии выраженных личностных изменений, они могут быть незначительными или отсутствовать (Гурьева В.А., 1974; Криворучко Ю.Д., 1982).

При проведении реоэнцефалографии характерно выявление лабильности гемодинамических показателей, несоответствие состояния тонуса и кровенаполнения в разных полушариях и сосудистых бассейнах, признаков венозного застоя, расширения желудочков мозга или смещения срединных его структур, косвенно свидетельствующих о наличии признаков гидроцефального синдрома и некоторых других расстройств (Чикин Е.Р., 1995; Сухотина Н.К., 2011; Eckenhoff R.G., 2019).

При компьютерно-томографическом исследовании помимо данных о поражении структур мозга (локальная атрофия, рубцовые изменения и т.п.) можно видеть признаки расширения желудочков мозга, наличие кист, асимметричной гидроцефалии и др. (Бугрова С.Г., 2009). Однако этот метод не дает возможности оценивать состояние больного, если соответствующие изменения произошли на молекулярном уровне, в том числе при наличии грубейших дефицитарных расстройств (Новиков А.Е., Кошелев М.Ю. с соавт., 2008; Копчак О.О., 2012).

Вместе с тем при ОНР неврологическая симптоматика нередко минимальна или не выявляется с помощью дополнительных методов исследования (КТ, МРТ головного мозга, ЭЭГ и т.д.). В таком случае немаловажное диагностическое значение имеют выявляемые при экспериментально-психологическом, патопсихологическом исследовании органические черты психики в виде инертности, затрудненной переключаемости, преобладания конкретного типа мышления, его персеверативность, снижение механической памяти (Саковская В.Г., 2009; Пивень Б.Н., 2010; Пищикова Л.Е., 2015).

В клинической практике весьма широко в последнее время развивается использование методик, позволяющих качественно и/или количественно оценить наличие и выраженность отдельных симптомов и синдромов психических заболеваний. Отсутствие необходимости наличия специального оборудования, либо привлечения других специалистов облегчает использование психометрических методов, в связи с чем активно внедряется в работу практикующих специалистов. Наиболее часто для этих целей используются скрининговые тесты. В судебной психиатрии в изучении ОНР, в частности при изучении дементных форм ОНР особое внимание уделено применению *Краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE)*. По данным Григорова А.А., Вандыша-Бубко В.В. (2010), наиболее часто (72,7%) при ОНР результаты MMSE находятся в пределах с 20 до 24 баллов, что соответствует деменции легкой степени.

Weintraub et al. (2009), Hughes T.F., Chang C.C. (2012), Jorge A., Herrera P., Jose A. et al. (2013), Morley J.E., Morris J.C., Berg-Wegner M. (2015), Wesson J., Clemson

L., Crawford J.D. (2017) рекомендовал применение в клинической практике (первичное звено, реабилитация и др.) и в исследовательской работе, а также в домашних условиях *Шкалы оценки повседневной активности (Functional Activities Questionnaire)*, которая может использоваться для разграничения когнитивных расстройств по степени выраженности.

По данным эпидемиологических исследований (Парфенов В.А., Захаров В.В., Преображенская И.С., 2014; Lishman W., 1999; Sanchez P., Quemada J.I., 2000; Quemada I., Sanchez-Cubillo I., Munoz-Cespedes J.M., 2007; Manly J.J., Tang M.X., Schupf N., 2008; Ravaglia G., Forti P., Montesi F., 2008; Smith G.E., Bondi M.W., 2013; Nidal M., Carla B., 2016; Main K.L., 2017; Strand V.C., Pasquale L.E., 2017) уровень выявления ОПР напрямую зависит от методик, которые использовались для верификации диагноза, разброс распространенности умеренных когнитивных расстройств среди лиц старше 60 лет в зарубежных исследованиях составляет от 3 до 24%.

Краснов В.Н. (2011) по результатам нейропсихологических исследований выделял три основных нейропсихологических синдрома: диэнцефальный, диэнцефально-лобный, диэнцефально-правополушарный, при этом центральное место в нарушениях высших психических функций принадлежит дисфункции глубинных отделов мозга. Автор указывал, что нейропсихологические исследования позволяют раскрыть ряд феноменологических парадоксов ОРЛ, например, расхождения между субъективной оценкой пациента, психопатологической оценкой со стороны врача и нейропсихологическими данными.

В последнее время также широко известной становится *Монреальская шкала* или *Мока-тест* (англ. – *Montreal Cognitive Assessment, MoCa*), наиболее часто используемый для быстрой оценки когнитивных функций. Данная методика по результатам зарубежных исследований в работах Nasreddine Z.S., Phillips N.A., Bedirian V. (2005), Dong Y. et al. (2010), Lin J.S., O'Connor E. et al. (2013), Gierus J., Mosiolek A. (2015), Liew T.M. et al. (2015), Malmstrom T.K., Voss V.B., Cruz-Oliver D.M. (2015), Trzepacz P.T, Hochstetler H. et al. (2015), Xueyan L., Dai Jie (2018),

Naresh P., Purohit D. et al. (2019) подтвердила большую эффективность и чувствительность в сравнении с *MMSE* для оценки когнитивных, главным образом умеренных расстройств, не достигающих деменции.

Новиков А.Е., Лабутина Т.В., Бугрова С.Г. (2009) указывали, что при дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭП) I стадии выявлялись легкие неврологические нарушения, по шкале *MMSE* и по результатам тестов лобной батареи когнитивные нарушения отсутствовали; при ДЭП II стадии – умеренные неврологические нарушения, показатели по шкале *MMSE* находились на нижней границе нормы, по результатам тестов лобной батареи выявлялись легкие когнитивные расстройства.

По данным Захарова В.В. (2018), ведущей причиной обращения за медицинской помощью лиц с ОНР являются именно когнитивные нарушения, которые, в совокупности с эмоционально-волевыми, аффективными и поведенческими нарушениями нередко обуславливали трудности повседневного функционирования индивида.

Беребин М.А., Рязанова А.Ю. (2008) в своей работе по разработке компьютерной экспертной системы диагностики ОРЛ создали алгоритм табличной диагностики, позволяющий переводить квантифицированные данные патопсихологического исследования по каждой методике в обобщенную оценку выраженности качественных нарушений в соответствии с критериями МКБ-10. Выявлены патогномичные для органического патопсихологического синдрома модально неспецифические нарушения всех видов памяти, внимания, гнозиса, праксиса, счета, письма, речи, умственной работоспособности и общей нейродинамики.

1.2. Роль пола в формировании особенностей ОРЛ у женщин

В последние годы все больше исследований в области психиатрии посвящено анализу особенностей клинической картины различных психических заболеваний

у женщин (Дмитриева Т.Б., Иммерман К.Л., Ромасенко Л.В., Качаева М.А., 1999, 2003; Харитоновна Н.К., Королева Е.В., 2009; Незнанов Н.Г., 2018; Herrman H., 2009; Thorleif E., Dirk S., 2011; Freeman J.R., 2013; Khanlou N. et al., 2015; Castle D.J., Abel K.M., 2016; Datchi C.C. et al., 2017; Kendall-Tackett K.A. et al., 2017; Tan J., 2017; Wei S.M. et al. 2018). В процессе исследования специфики клинических проявлений психических расстройств у женщин неоднократно упоминалась важность роли социальных факторов, возраста, образования, множества других условий окружающей среды, хронических и острых психотравмирующих событий жизни, соматических заболеваний, биологических факторов (Пивень Б.Н., 1988-2017; Гатин Ф.Ф., Волгина Ф.М., 2014-2015., Artero S. et al., 2008; Henry H., 2011; Jacobs E., 2011; Jorge A., 2013; Haimov-Kochman R., 2014; Angel G. et al., 2018; Nagdee M. et al., 2019).

При изучении различий психических расстройств у женщин и мужчин существует два принципиально разных термина. Первый, из них - «пол» - определяется в момент рождения, подразумевает различие по набору хромосом, гормональному набору, анатомическим и репродуктивным особенностям. Второй термин - «гендер» - является социальным аспектом, включающим выполнение определенной, характерной для одного пола роли, соответствие заданным правилам и нормам поведения, специфике деятельности, которые определяются обществом в той или иной культуре в соответствии со своим полом (Воронова А.В., 2018).

На основе данных Портала правовой статистики Генеральной Прокуратуры Российской Федерации, был составлен социальный портрет женщины преступницы: гражданка РФ в возрасте 30-49 лет с общим средним или средне-специальным уровнем образования, без постоянного источника доходов.

При изучении личности преступницы-женщины Ю.М. Антоян (1992) выявил, что женщины-преступницы отличаются от мужчин более старшим возрастом (средний возраст осужденных женщин к лишению свободы - около 40 лет). В сравнении с мужской выборкой среди женщин-преступниц выявляется более высокий уровень образования (средне-специальное, высшее, незаконченное

высшее образование имеют 43 % преступниц женского пола, 38 % - мужчин), в женской выборке меньше процент безработных, относительно большую часть из них составляют рабочие. Отмечается, что основным мотивом правонарушений у женщин является стремление обеспечить себя и близких; помочь мужчине. Значительно реже женщины совершают повторные преступления (только 30%). Важной отличительной особенностью женской преступности является то, что как правило они не имеют устойчивых асоциальных установок. Для многих из них характерны такие черты как демонстративность, импульсивность, внушаемость, аффективные нарушения.

В свете изучения особенностей ОРЛ у разных полов Пивень Б.Н. с соавт. (1988-2017), Загитова Ж.Б. (2002), Шереметьева И.И. (2008-2012), Pilgrim C., Hutchison J.V. (1994), Petersen R.C. et al. (1999-2010), Roberts R.O. et al. (2012-2014), Roberts S. (2019) отмечали, что среди мужского населения определяется большая распространенность ОРЛ в популяции, однако женщины обнаруживают меньшую устойчивость к воздействию экзогенно-органических вредностей, что объясняется значимостью для женщин роли социальных и биологических воздействии на динамику ОРЛ, отдельных молекулярно-генетических факторов, а также наличием сопутствующей аффективной патологии (Белов В.П., 1978-1986; Лобанова Е.В., 2005; Муравьев А.И., 2012; Henry H., Wheeler Jr., 2009-2011; Henry H. et al., 2011; Sachdev P.S. et al., 2012-2014; Larner A.J., 2013; Elmstahi S., Widerstrom E., 2014; Eshkooor S.A., Hamid T.A., Mun C.Y. et al., 2015; Wei S.M., Baller E.V. et al., 2018).

Семке В.Я. (1999), Пивень Б.Н. (2006-2017), Кирпиченко А.А. (2008), Васильева Н.Ю. (2016), Воронова А.В. (2018), Siedentopf F. (2008), Kaore S.N., Langade D.K., et al (2012), Khanlou N. (2015), Tan J. (2017) указывали, что сочетание психической и гинекологической патологии у женщин ухудшает клинический и социальный прогнозы. Авторы отмечали важность социально-экономических факторов в сочетании с биологически обусловленным паттерном снижения резистентности к стрессовым факторам и повышенной чувствительности к минимальным психотравмирующим воздействиям.

Исследования Kaore S.N., Langade D.K., et al. (2012), Sachdev P.S., Lipnicki D.M. (2012), Haimov-Kochman R., Berger I. (2014), Siddiqui A.N., Siddiqui N. et al. (2016) показывают, что женские половые стероиды имеют большое значение для нормальной работы головного мозга. Прогестерон оказывает положительное влияние на питание, развитие, апоптоз нервных клеток, на формирование и восстановление миелиновых оболочек, уменьшение отека мозга в условиях повреждения, что ускоряет восстановление клеток центральной нервной системы после травмы или инсульта. Также отмечено, что прогестерон способен влиять на уровень передачи импульса по нейрону, воздействуя на различные медиаторные системы (например, ингибируя н-холинорецепторы и активируя рецепторы типа А к гамма-аминомасляной кислоте).

По данным Henry H., Wheeler Jr. (2011), Jacobs E., D'Esposito M. (2011), Kaore S.N., Langade D.K., Jadav V.K. et al. (2012), McEwen B., Akama K.T., Spencer-Segal J.L. et al. (2012), Sachdev P.S., Lipnicki D.M. (2012), Haimov-Kochman R., Berger I. (2014), Lin K.A. et al. (2015) известно также о влиянии прогестерона на функциональное состояние головного мозга и когнитивные функции, особенно отмечены нейропротективные свойства стероидных гормонов.

В последние годы большой интерес также вызывает изучение криминального поведения и факторов общественной опасности с учетом особенностей психических расстройств у женщин, что, вероятно связано с тем, что среди женщин-правонарушительниц наблюдается больший в сравнении с мужчинами процент страдающих психическими заболеваниями (Абраменко Ю.В. с соавт., 2008-2012; Кирпиченко А.А., 2008; Пивень Б.Н., 2013; Гатин Ф.Ф., Волгина Ф.М., 2014; Artero S. et al., 2008; Sylvaine A. et al., 2008; Freeman J.R. et al., 2013; Datchi C.C. et al., 2017).

Прежде всего обращает на себя внимание меньшая частота совершения женщинами правонарушений (Дмитриева Т.Б., Иммерман К.Л., Ромасенко Л.В., Качаева М.А., 1999; Nagdee M., Artz L. et al., 2019). Авторами отмечалось возрастание противоправной активности как у женщин, так и у мужчин в возрасте 15 лет. В дальнейшем у мужчин отмечается быстрое падение криминальной

активности после 30 лет, тогда как у женщин происходит более медленное снижение преступности. Относительно большая в сравнении с мужчинами доля женщин совершает преступления в позднем возрасте. Нередко выявляется «пик» преступлений, по времени совпадающий с менопаузой. Для женщин среднего возраста характерны большая выраженность аффективных нарушений, на фоне которых часто отмечается присоединение зависимости от ПАВ. При том, что для женщин в целом менее характерны агрессивные правонарушения, жертва убийства, совершенного женщиной, всегда связана с нею родственными, эмоциональными или интимными связями, а само инкриминируемое деяние чаще всего носит защитный характер (Гурьева В.А., 1974; Дмитриева Т.Б., Иммерман К.Л., Ромасенко Л.В., Качаева М.А., 1999, 2003).

Angel G. et al. (2018), Arciniegas D.B. (2018) отмечали, что наличие психического заболевания у женщин увеличивает риск совершения ими агрессивных действий. При этом более характерными агрессивными преступлениями для лиц женского пола отмечены деяния в отношении лиц ближайшего окружения.

Weidler C., Habel U., Hüpen P., et al. (2019), изучая различия в криминальном поведении, указывали, что женщины и мужчины по-разному реагируют на одинаковые внешние стимулы, чем обусловлена большая уязвимость женщин к факторам социального неблагополучия.

Петина Т.В. (1996), Дмитриева Т.Б. с соавт. (2003), Качаева М.А. (1999-2009), Русина В.В. (2008), Сатьянова Л.С. (2011), Васильева Н.Ю. (2016), Haiduk A., Herbst A., Richter G. et al. (1986), Blake P.Y. (1995), Goldstein F.C., Levin H.S. (2001), Bonelli R.M. (2007), Han J.W., Kim T.H., Lee S.B. (2012), Beech A.R., Carter A.J., Mann R.T., et al. (2018) указывали на большую зависимость женщин в сравнении с мужчинами, от микро- и макросоциальных факторов. Авторами было отмечено, что женщины-правонарушительницы обнаруживают много стрессовых событий в жизни, включая насилие в детском возрасте, более высокий уровень показателей зависимости от ПАВ, травматических событий жизни и виктимности,

а также разрушенные социальные связи, отсутствие отношений с членами семьи или их поверхностный характер, нарушения парентинга (родительствования).

В исследованиях Nagdee M., Artz L. et al. (2019), посвященных анализу социально-демографических и социально-экономических характеристик женщин-правонарушительниц было установлено, что женщины, совершившие правонарушения, нередко сами были жертвами в прошлом. Наиболее часто женщины привлекались к уголовной ответственности в возрасте 21-50 лет (82%), большинство женщин имели детей (67,5%), почти половина были одинокими (56%), лишь 3,7% состояли в зарегистрированных отношениях. Уровень образования преимущественно ограничивался средним образованием - 49%. Также был выявлен высокий уровень безработности – 78%, лишь у 23% имелся постоянный источник социальных дотаций.

По данным ВОЗ, женщины, привлеченные к уголовной ответственности, гораздо чаще, чем мужчины являлись жертвами насилия до попадания в тюрьму. По данным Herrman H. et al. (2009), Datchi C.C., Ancis J.R. (2017), Kendall-Tackett K.A., Ruglass L.M. (2017), существует тесная корреляция между тюремным заключением и предшествовавшим ему жестоким обращением. Около 67% женщин, попавших в тюрьму за убийство кого-либо из близких, подвергались жестокому обращению со стороны жертвы их преступления. В 66% женщины действовали в целях самообороны, в 22% – из страха за свою безопасность.

Дмитриева Т.Б., Иммерман К.Л. (2000) отмечали, что женщины с психическими расстройствами являются особенно уязвимым для психотравмирующих воздействий контингентом, что связано с их социально-ролевыми функциями в семье и обществе. В то же время большое значение имеет большая в сравнении с мужчинами развитость тормозящих агрессивность личностных структур, обусловленных, вероятно, не только биологическими, но и социальными факторами. Агрессивные деяния у женщин в большинстве случаев не являются свойством личности, а представляют собой результат различных вариантов взаимодействия психотравмирующих воздействий (имеющих более выраженную субъективную значимость) и механизмов контроля своих действий.

Изучению церебрально-органической патологии у женщин посвящена работа Мельник В.И. (1987), проводившаяся в женском отделении Центра В.П. Сербского, на сегодняшний день являющаяся пока единственным исследованием, освещающим вопросы особенностей ОНР у женщин, совершивших правонарушения. Было выявлено, что динамика органического поражения головного мозга у женщин характеризуется обострениями церебральной и психопатологической симптоматики в периоды эндокринных сдвигов в женском организме и усугубляется при воздействии дополнительных экзогенных факторов (повторные ЧМТ, психогении, алкоголизм). Криминальные агрессивные действия против личности совершались в основном женщинами с взрывным вариантом психопатоподобного синдрома в период более раннего начала инволюции. Социальная опасность изученного В.И. Мельник контингента женщин определялась рядом клинко-социальных факторов, повышающих степень риска совершения противоправных действий: раннее начало заболевания, психопатоподобные проявления на фоне интеллектуально-мнестических нарушений, инволюционный период, прогрессивное течение болезни, социальная дезадаптация, отрицательное средовое окружение, алкоголизм.

Исследование М.А. Качаевой (1999) женщин с ОНР, совершивших агрессивные насильственные действия, показало, что независимо от этиологического фактора ОНР, выявилось преобладание истеро-взрывного варианта психопатоподобного синдрома как в течении всего заболевания, так и в момент совершения агрессивных действий; у преобладающего числа женщин этой группы отмечалось присоединение хронической алкогольной интоксикации и алкоголизма. Патогенная роль хронической алкогольной интоксикации выражалась в углублении психопатоподобных нарушений, сопровождающихся быстро возникающими признаками морально-этического снижения по алкогольному типу; реализации агрессивных действий в большинстве случаев способствовало алкогольное опьянение. Однако несмотря на то, что среди женщин, совершивших правонарушения, значительно больше страдающих зависимостью от ПАВ в сравнении с общей популяцией, в ситуации

правонарушения алкогольная интоксикация менее типична для женщин по сравнению с мужчинами (Ядрова Т.В., 2005).

В исследовании В.В. Русиной (2009) выявлена особая роль биологических фаз женского организма (послеродовый, климактерически-инволюционный периоды) в генезе появления или обострения психопатологической симптоматики и декомпенсации психических расстройств. Также отмечено, что отрицательная динамика психической патологии у женщин связана с систематическим злоупотреблением алкоголем, оказывающим патопластическое влияние на течение основного заболевания.

Сатьянова Л.С. (2011) в своем исследовании выделяла такие социальные факторы агрессивных действий женщин, как отягощенная алкоголизмом родителей наследственность, воспитание в отрицательных микросоциальных условиях, нередко с асоциальным и криминальным микросредовым окружением, хроническая психогения, жестокое обращение и насилие с несформированностью стратегий выбора приемлемых форм разрешения интерперсональных конфликтов, усвоение искаженных паттернов поведения; злоупотребление ПАВ. У женщин с ОПР отмечена значимость роли конфликтных ситуаций в семье, что на фоне злоупотребления алкоголем и прогрессирующего морально-этического снижения в ситуации правонарушения способствовало потере ситуационного контроля над эмоциональными проявлениями.

Пецевич М.Е. (1989), Петина Т.В. (1996), Гребенюк Е.А. (2008), Русина В.В. (2008), Palijan T.Z., Radeljak S., Kovac M. et al. (2010), Verdelho A., Goncalves-Pereira M. (2017), Guberman G.I. (2019) указывали на важность роли микросоциальных факторов в усвоении поло-ролевых паттернов у женщин с ОРЛ, особенно в период раннего этапа сексуального развития, при формировании половой дисфории (неудовлетворенности своей врожденной половой принадлежностью).

Ядрова Т.В. (2005), изучая психические расстройства у женщин, злоупотребляющих психоактивными веществами и совершивших правонарушения, выявила, что злоупотребление ПАВ на фоне сочетанной

психической патологии по механизму патологического синергизма патопластически видоизменяет психопатологические расстройства. При этом синдром зависимости от ПАВ у женщин имеет свои клинико-динамические особенности в зависимости от характера сочетанной психической патологии, которые заключаются в наибольшей тропности к развитию синдрома зависимости от ПАВ аффективных нарушениях в виде депрессии или тревоги. Отмечено, что, несмотря на преобладание преимущественно периодических форм злоупотребления алкоголем, синдром зависимости от ПАВ приобретает быстрый темп формирования, в состоянии абстиненции преобладают психопатологические симптомы над сомато-вегетативными проявлениями. При органических психических расстройствах у женщин отмечались амнестические и атипичные формы опьянения уже на начальных этапах злоупотребления алкоголем; а острая алкогольная интоксикация способствует возникновению временных психических расстройств.

Особая злокачественность течения алкоголизма у женщин, его специфическое разрушительное влияние и усугубление психопатологии неоднократно нашло подтверждение при изучении ОРЛ у женщин в гражданском процессе, а также выявило важность его анализа с учетом сведений о социальном функционировании в профессиональной, межличностной, бытовой сферах, а также в самообслуживании (Бровин А.Н., 2009; Харитоновна Н.К., Королева Е.В., 2009; Булатова М.В., 2012).

Кирпиченко А.А. (2008) выявлено, что нарушение социального функционирования женщин, страдающих алкогольной зависимостью, во многом предопределяет высокий темп прогрессивности синдрома зависимости (более раннее и быстрое развитие, появление атипичных форм алкогольного опьянения, удлинение продолжительности запоев, утяжеление клиники синдрома отмены и увеличение доли психопатологических расстройств, уменьшение количества и снижение качества ремиссии, учащение алкогольных психозов с преобладанием алкогольных делириев над острыми алкогольными галлюцинозами) и сопровождается патохарактерологической деформацией личности женщины с

углублением реактивной и личностной тревожности, нарастанием агрессивности, раздражительности, импульсивности, снижением интеллектуально-мнестических функций.

Абраменко Ю.В., Яковлев Н.А. (2012) в своем исследовании установили, что в ранней стадии ОНР у мужчин по сравнению с женщинами более выражены расстройства когнитивных функций с преобладанием нарушений внимания и вербальной памяти. Эмоциональные и инсомнические расстройства достоверно чаще встречались у женщин. При дальнейшем прогрессировании ОНР у мужчин по сравнению с женщинами выявлены более низкое содержание BDNF (церебрального нейротрофического фактора – brain derived neurotrophic factor) в сыворотке крови, а также более сильная корреляция между средним уровнем BDNF в сыворотке крови и нарушением праксиса, выраженностью депрессии и суммарным баллом батареи лобных тестов, отражающим степень когнитивной дисфункции.

1.3. Судебно-психиатрические аспекты

Наравне с клиническими аспектами психических расстройств у женщин, совершивших правонарушения, не меньший интерес вызывает изучение предикторов (в том числе социальных) не только развития психических заболеваний, но и формирования криминальной активности, реализации противоправного и общественно-опасного поведения (Качаева М.А. с соавт., 2008-2010; Сатьянова Л.С., 2011; Сухотина Н.К., 2011; Тарасова Г.В. с соавт., 2009-2019; Hare R.D., Hart S.D., Forth A.E. et al., 1993; Hellowell D.J., Taylor R.T., Pentland B., 1999; Franulic A., Horta E., Maturana E. et al., 2000; Siedentopf F., 2008; Bradford A., Kunik M.E., Schulz P., 2009; Palijan T.Z., Radeljak S., Kovac M. et al., 2010; Ganguli M., Fu B., Snitz B.E., 2013; Hauser L.L., 2016).

Имеющиеся исследования свидетельствуют о значимости для криминальной активности лиц с началом психических заболеваний в более молодом возрасте,

ранней криминализации, опыта участия в насильственных действиях, отсутствия жилья, а также наличия социальной дезадаптации, материального неблагополучия, воспитания в асоциальной, криминальной среде, пережитого насилия (особенно в раннем детском возрасте), низкого образовательного уровня, неблагоприятного социального окружения. Имеют значение отсутствие своевременной медицинской помощи, употребление психоактивных веществ. Наиболее применимыми к категории лиц, страдающих психическими расстройствами, и совершающих правонарушения является концепция «синдром-личность-ситуация» и концепция психопатологических механизмов (Кондратьев Ф.В., 2010).

Учеными отмечено несколько криминогенных факторов, общих для женщин и мужчин: антисоциальное поведение, слабые социальные связи и идентификация с криминальными/антисоциальными моделями поведения, зависимость от алкоголя и ПАВ, экономические проблемы, такие как безработица, распад семьи, исходно низкий уровень когнитивных способностей (Криворучко Ю.Д., 1982; Хритинин Д.Ф., 1995; Лапицкий М.А., Ваулин С.В., Осипова Н.Н. с соавт., 2000; Максимова Н.В., 2003; Ивашиненко Д.М., 2005; Чередниченко О.Ю., 2005; Иванов М.В., 2006; Лазарева И.И., 2006; Ухтина Н.В. Корнилов А.А. Селедцов А.М., 2009; Иванов П.А., Сафуанов Ф.С., 2010; Brower M.C. et al., 2001; Yang Y. et al., 2009; Brugman S., 2016; Chamberlain S.R. et al., 2016; Guberman G.I. et al., 2019).

Неоспоримым является известный факт наличия различий в криминальном поведении между мужчинами и женщинами, большая зависимость женщин в сравнении с мужчинами от микро- и макросоциальных факторов (Nagdee M., Artz L. et al., 2019; Weidler C., Habel U., Hüpen P. et al., 2019). Несмотря на высокую вероятность влияния ряда патогномичных для ОРЛ факторов (прежде всего на динамику ведущих синдромов - расстройство личности, когнитивные нарушения и т.д.), оказывающих непосредственное влияние на способность регуляции своего поведения в юридически значимый период, в научных исследованиях редко встречается социально-демографическая характеристика лиц с ОРЛ,

проходивших судебно-психиатрическую экспертизу по уголовным делам в качестве подозреваемых или обвиняемых в преступлениях (Вандыш-Бубко В.В., 2002; Берсенева Ю.А., 2004; Вандыш-Бубко В.В., Топилина М.И., 2013).

В исследовании В.В. Русиной (2009) отмечено, что при ОРЛ у женщин высокое криминогенное значение имеет дефицитарный синдром (интеллектуально-мнестические нарушения). Агрессивные действия наиболее часто совершались по механизму психопатической реакции, обусловленной «аффективными» мотивами. Отмечено, что экспертное решение выносится с учетом взаимодействия с одной стороны синдромальных, личностных и ситуационных факторов, с другой – наличия психогенно травмирующих переживаний, имеющих для женщин особую значимость.

Сатьяновой Л.С. (2011) выявлено преобладание у женщин с ОРЛ, совершивших агрессивные правонарушения в отношении своих несовершеннолетних детей, энцефалопатического варианта (55,6%). Наиболее значимым установлено формирование эмоциональной бесконтрольности, повышенной внушаемости и подчиняемости, которые в большинстве случаев имели непсихотический уровень, в условиях антисоциального окружения способствовали реализации агрессивных действий.

По данным Вандыша-Бубко В.В., Берсенева Ю.А. (2004) доказательность экспертных выводов при судебно-психиатрической экспертизе ОРЛ может быть достигнута с учетом трех категорий признаков: 1. феноменологических параметров (структура ведущего расстройства, его выраженность); 2. биологических паттернов ОРЛ, оцениваемых на уровне структурно-функционального состояния нервной системы с помощью апробированных методик нейрофизиологического исследования; 3. интегральных показателей, характеризующих систему «синдром-личность-ситуация». Таким образом, при изучении ОРЛ в рамках судебно-психиатрического исследования важным аспектом является анализ дополнительных критериев оценки индивидуально-психологических особенностей, социальных и биологических факторов, а также характера криминальной ситуации, что особенно актуально при «пограничности»

проявлений ОРЛ, предполагающих измененность, но не утрату способности к руководству своими действиями.

Для формулирования экспертных выводов в судебно-психиатрической практике наиболее актуальным остается изучение типологии ОРЛ, особенностей динамики, клинических проявлений, патогенетических закономерностей, предпосылок прогностически разных вариантов течения заболевания, что нередко сопряжено со сложностью решения экспертных вопросов, требующих комплексного, всестороннего анализа и учета множества аспектов: клинического, личностно-психологического, социального, юридического, судебно-психиатрического, обусловленных феноменологическими особенностями ОРЛ, нередко выступающими, по мнению некоторых авторов (Hollander E., Stein D.J., 1995; Raine A., Buchsbaum M., La Casse L., 1997; Vuadens P., Reqli F., 1997; Gagnon J., Bouchard M.A., Rainville C. et al., 2006; Szczepanski S.M., Knight R.T., 2014; Granacher R.P., Raton J.B., 2015; Brugman S., et al., 2016; Ismail Z., Aguera-Ortiz L., Brodaty H. et al., 2017; Marti-Agusti G., Gomez-Duran E.L., Vilardell-Molas J. et al., 2017; Iverson G.L., Terry D.P. et al., 2019), фактором противоправной активности.

Т.Г. Нью (2002) в своей работе указывала на значимость социальной изолированности больных с ОПР пожилого возраста, совершивших агрессивные правонарушения (76%). Наряду с тем, что важное значение в развитии ОПР отводилось возрастному фактору, в 37% возрастной фактор имел преимущественно патопластическую роль, в 22% - этиопатогенетическую.

Согласно исследованию Е.С. Андреевой (2000), наличие сопутствующей симптоматики у лиц с ОРЛ усложняет принятие экспертного решения, имитируя по механизмам декомпенсации более тяжелую клиническую картину психоорганических проявлений. Для экспертного решения об ограниченной вменяемости преимущественное значение имело наличие недостаточности волевых функций (94,8%). Отмечено реципроктное влияние проявлений ОПР и актуальной криминальной ситуации, определяющее дифференцированность их экспертной значимости. Экспертное решение об ограниченной вменяемости выносилось как при выявлении решающей роли ситуационных факторов, так и

при их отсутствии (за счет тяжести клинических проявлений ОПР), а также при их паритетном значении.

В работе Григорова А.А. (2007) на мужской выборке лиц с ОПР отмечалось, что социально-демографические показатели, характеризующие выборку в целом, свидетельствовали о наличии у обследованных существенных проблем социального функционирования. Так, только треть обследованных (34,5%) имели собственную семью, причем, почти в половине случаев брак не был зарегистрирован, 29,1% - не работали без каких-либо объективных причин. Во вспомогательной школе обучались 29,1% обследованных. Более половины обследованных (64,6%) в течение жизни попадали в поле зрения психиатра, при том, что менее трети из них (31%) состояли на учете у психиатра, получали необходимую медицинскую помощь. Две трети подэкспертных (60,9%) ранее уже совершали уголовно наказуемые противоправные действия, причем более половины из них (61,2%) - повторно, что подтверждает обоснованность рассмотрения церебрально-органической патологии одной из наиболее значимой в связи с высокой криминальной активностью данной категории лиц (Максимова Н.В., 2003; Булыгина В.Г., 2006; Вандыш-Бубко В.В. с соавт., 2006; Усюкина М.В. с соавт., 2006).

Ю.А. Берсеновой (2004), при изучении ОРЛ на выборке из лиц мужского пола, привлекавшихся к уголовной ответственности, было установлено, что вменяемыми были признаны 58,4% обследованных, ограниченно вменяемыми - 25,1%, невменяемыми - 16,5%. Также было установлено, что когнитивные расстройства как более тяжелые с общепатологической точки зрения по сравнению с личностными, определяют высокую вероятность ограничения способности обвиняемого к осознанному контролю за своим поведением. Было установлено, что когнитивные нарушения являются предпосылкой ограниченной вменяемости и невменяемости. Отмечено, что меньшее значение в этом отношении имеет возраст начала заболевания. Выявлена особая актуальность анализа роли социальных факторов (психогении в семье, имеющие

этиопатогенетическое значение) в генезе и динамике ранних органически обусловленных личностных расстройств (25,7%).

М.В. Лаврущик (2017) отмечала судебно-психиатрическую значимость органически обусловленных когнитивных расстройств (наиболее часто - нарушения памяти и внимания) ввиду их влияния на способность субъекта к произвольной регуляции своего поведения. Автор указывала, что когнитивные нарушения, являясь важными, нередко ведущими проявлениями ОРЛ, являются частью психоорганического синдрома.

В.В. Вандыш-Бубко (2010) указывал на значимость для судебно-психиатрического исследования патоморфоза ОРЛ, проявляющегося на этиологическом (снижение числа некоторых инфекционных поражений головного мозга, повышение удельного веса доли травматического, интоксикационного и перинатального поражения), патогенетическом (уменьшение числа выражено прогрессивных вариантов, увеличение «мягких» вариантов ОПП) и синдромальном (смягчение патологии, расширение круга актуальных переживаний при судебно-психиатрической экспертизе ОПП) уровнях. Автор отмечает, что прогрессивность ОПП затрудняет экспертную оценку, при этом нередко ошибочно приравнивается к выраженности негативной симптоматики.

Сложность экспертной оценки ОРЛ нередко обусловлена появлением присущей данной нозологической категории реактивной лабильности с легким возникновением декомпенсации в ситуации привлечения к уголовной ответственности. Определенные затруднения возникают при отождествлении актуального состояния с разными этапами следственной ситуации и экстраполяции выводов о тяжести текущего состояния на момент правонарушения (Чикин Е.Р., 1995).

М.В. Гиленко (2016) указывала, что судебно-психиатрическая оценка в случае коморбидности ОПП и зависимости от ПАВ сопряжена с рядом сложностей, обусловленных сочетанием своеобразия нарушений психики вследствие хронической интоксикации и выраженности интеллектуально-мнестических и

эмоционально-волевых нарушений. Со временем симптомы обоих расстройств становятся столь взаимосвязаны, что не представляется возможным установить, какое из них является первичным. Наибольшие затруднения могут возникать при оценке степени тяжести психических изменений, которые часто маскируются фасадом сохранности, либо психогенными наслоениями, скрывающими истинный характер психических нарушений. Отмечено, что в случае сочетания ОНР с зависимостью от ПАВ в судебно-следственной ситуации часто отмечаются декомпенсации, что затрудняет как экспертную оценку, так и прогноз заболевания.

Таким образом, анализ литературных данных показывает, что проблема противоправного и общественно опасного, в том числе агрессивного поведения женщин с ОРЛ сложна и многогранна. В ней можно выделить множество аспектов – клинический, личностно-психологический, социальный, юридический, судебно-психиатрический, каждый из которых нуждается в глубоком изучении. В рамках ОРЛ существуют определенные варианты (синдромы), которые напрямую коррелируют с экспертно-релевантными состояниями. Поэтому требуется комплексный подход, учитывающий анализ не только динамики заболевания, но и факторов, способствующих переходу количественных изменений на синдромальном уровне в качественно новые, более тяжелые и сложные проявления. К настоящему времени остаются неразработанными многие аспекты проблемы криминальной активности женщин с ОРЛ, необходимо уточнение подходов к применению критериев судебно-психиатрической оценки вменяемости, невменяемости и ограниченной вменяемости. Особую сложность представляют критерии применения ст. 22 УК РФ (Андреева Е.С., 2000; Пережогин Л.О., 2001; Васянина В.И., 2002; Горинов В.В. с соавт., 2017), когда экспертное решение подразумевает анализ не только глубины и стабильности психической патологии, но и характера ее взаимодействия с конкретной фрустрирующей ситуацией, учета степени интенсивности эмоционального реагирования, толерантности к острым психотравмирующим переживаниям, проблемам волевого и интеллектуального контроля за своим поведением.

ГЛАВА II

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Материал и методы исследования

Проводилось сплошное одномоментное исследование женщин с ОРЛ, совершивших правонарушения на базе ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России в период с 2016г. по 2019г. Из 651 подэкспертных методом выборочного отбора выделены 102 женщины с диагнозом: «Органическое расстройство личности», в возрасте от 18 до 68 лет, проходившие стационарную судебно-психиатрическую экспертизу по уголовным делам в качестве подозреваемых и обвиняемых в преступлениях, которые составили группу исследования. Все случаи – собственные наблюдения.

Критериями отбора были женский пол, возраст старше 18 лет, установленный при проведении СПЭ диагноз ОРЛ в рамках уголовных дел по агрессивным и неагрессивным правонарушениям. По критериям достаточности и репрезентативности объем выборки должен составлять не менее $n = 96$.

По данным архива Московского научно-исследовательского института психиатрии (МНИИП) - филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им В.П. Сербского» Минздрава России была сформирована группа сопоставления из 50 женщин без криминального анамнеза с диагнозом: «Органическое расстройство личности», которые соответствовали подэкспертным основной группы по возрасту.

Для выполнения работы была разработана карта исследования, включающая социально-демографические, конституционально-биологические характеристики, наркологический анамнез, а также данные о характере совершённых противоправных действий и результаты проведенной судебно-психиатрической экспертизы.

Исходя из задач исследования проводилось разделение материала и сравнение групп в зависимости от наличия криминального анамнеза, времени

начала действия значимой экзогенной вредности (до и после 18 лет), экспертного решения, пола обследованных - принимались во внимание результаты соответствующих исследований лиц мужского пола (по данным литературы).

Этический аспект научной работы: от всех женщин основной группы исследования получено информированное согласие на участие в исследовании. Изучение архивных историй болезни женщин с ОРЛ, не имеющих криминального анамнеза, не связано с непосредственным освидетельствованием субъектов наблюдения, поэтому не требовалось предварительного рассмотрения плана работы в локальном этическом комитете.

В соответствии с задачами исследования – выявления значимых клинико-социальных факторов в формировании противоправного поведения у женщин с ОРЛ и уточнения медицинского критерия судебно-психиатрической экспертной оценки вменяемости, материал исследования был сгруппирован в зависимости от *наличия криминального анамнеза* (основная группа – 102 женщины с ОРЛ, совершившие правонарушения, группа сопоставления – 50 женщин с ОРЛ без криминального анамнеза).

Внутри основной группы (102 женщины с ОРЛ, совершившие правонарушения) проводилось выделение подгрупп *по времени начала действия значимой экзогенной вредности* (51 женщина с ОРЛ, у которых начало действия экзогенных вредностей пришлось на период до 18 лет и 51 женщина с ОРЛ, у которых начало действия экзогенных вредностей пришлось на период после 18 лет) и *по экспертному решению* (женщины с ОРЛ, совершившие правонарушения, по результатам СПЭ признанные вменяемыми, невменяемыми, ограниченно вменяемыми). Помимо этого, проводилось сравнение выявленных данных с аналогичными показателями, полученными при изучении ОРЛ *на мужской выборке* (по данным литературы), сопоставимой по основным характеристикам с основной группой.

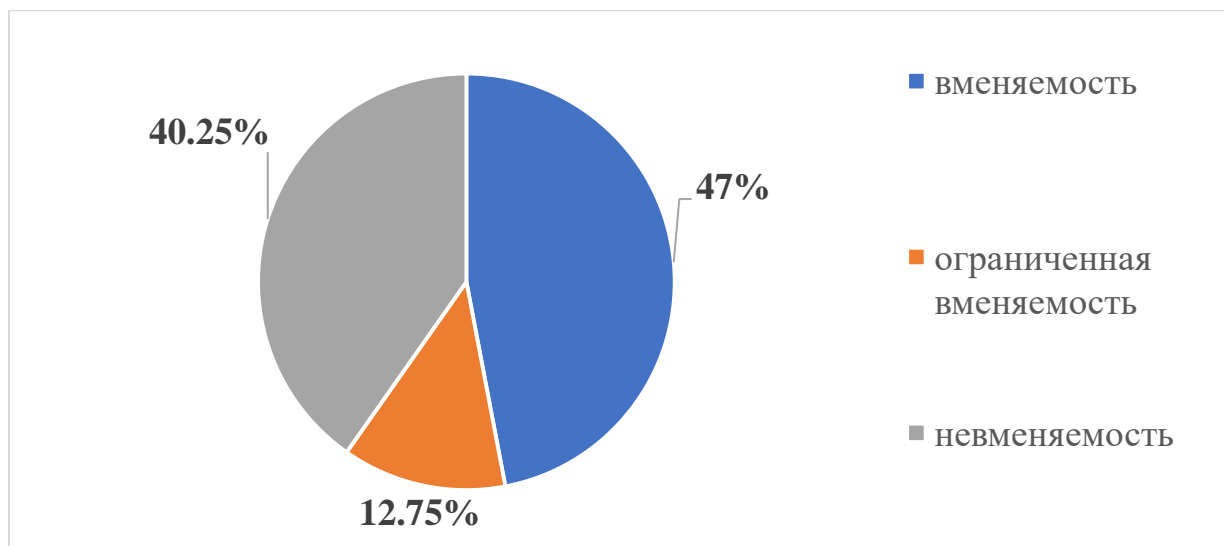


Рисунок 1. Распределение женщин основной группы по экспертному решению

В соответствии с установленным в судебно-психиатрической практике алгоритмом принятия экспертного решения проводился анализ на следующих этапах: анамнестический, то есть предшествующий совершению инкриминируемого деяния; период совершения инкриминируемого деяния; период текущего судебно-психиатрического освидетельствования. При изучении анамнеза на основании изучения объективных сведений (медицинская документация, сведения из материалов уголовного дела, показания свидетелей) с учетом субъективных сведений со слов подэкспертной анализировались конституционально-генетические, социально-демографические, медико-социальные характеристики.

Предметом исследования являлся комплекс клинико-социальных и биологических (связанных с полом) факторов, обуславливающих противоправное поведение женщин с ОРЛ. Изучались значимость возраста, в котором происходило начало воздействия значимой экзогенной вредности (условного времени начала развития ОРЛ), особенности клинической картины и динамики заболевания с учетом временного фактора. Исследовались социальные факторы, способствующие формированию противоправного поведения и его реализации. Совершенные правонарушения анализировались по степени тяжести содеянного и причиненных телесных повреждений, наличию родственных связей с жертвой или их отсутствию, осуществлению криминальных действий самостоятельно или

в группе, наличие алкогольного или наркотического опьянения в момент осуществления агрессивных действий.

Применялись следующие методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-социальный, психометрический, неврологический, общесоматический и статистический.

1. *Клинико-психопатологический* метод использован с целью клинической верификации выявляемых симптомокомплексов ОРЛ для последующей оценки клинико-динамических особенностей заболевания. При этом изучались сведения о наследственной отягощенности, наличии перинатальной патологии и прочих экзогенных воздействиях раннего периода развития (нейроинфекции, черепно-мозговые травмы, ранняя алкоголизация, онкологические заболевания и т.д.), динамика заболевания в период, до и после совершения настоящего правонарушения, времени начала воздействия экзогенных вредностей (возраст начала развития ОРЛ), а также особенностей клинической картины и динамики заболевания с учетом временного фактора.

2. *Клинико-социальный* – для изучения семейной и социальной адаптации, а также роли медико-социальных факторов в формировании противоправного поведения и его реализации.

3. *Психометрический* метод – для объективизации степени тяжести когнитивных нарушений использована *Монреальская шкала (MoCa)*.

4. *Неврологический и общесоматический* методы включали в себя осмотр невролога и использование инструментальных и лабораторных методов исследования (МРТ, КТ, ЭЭГ, РЭГ) с целью верификации наличия характерной для ОРЛ неврологической симптоматики, отражающей наличие органического «субстрата» в центральной нервной системе. Также все испытуемые проходили стандартное общесоматическое обследование с консультацией специалистов, дополнительных лабораторных исследований, в том числе исследование гормонального статуса.

5. *Клинико-статистический* метод использован для проведения статистической обработки полученных данных.

2.2. Общая характеристика клинического материала

В основной группе наблюдения (102 женщины) подэкспертные преимущественно (90,2%) проходили стационарные судебно-психиатрические и психолого-психиатрические экспертизы первично, лишь 9,8% - повторно.

Экспертный вывод о вменяемости был рекомендован в 47% наблюдений; невменяемыми были признаны 40,25%, ограниченно вменяемыми - 12,75%.

В основной группе наблюдения среднее значение (М) возраста составило 41,5 года (СКО = 14,8). Женщины основной группы были распределены согласно принятой системы возрастной периодизации, в результате чего установлено, что 42% женщин находились в возрасте 20-35 лет (зрелый возраст, 1 период), 34% - в возрасте 35-55 лет (зрелый возраст, 2 период), 24% - в возрасте старше 55 лет (пожилой возраст) (рис. 2).

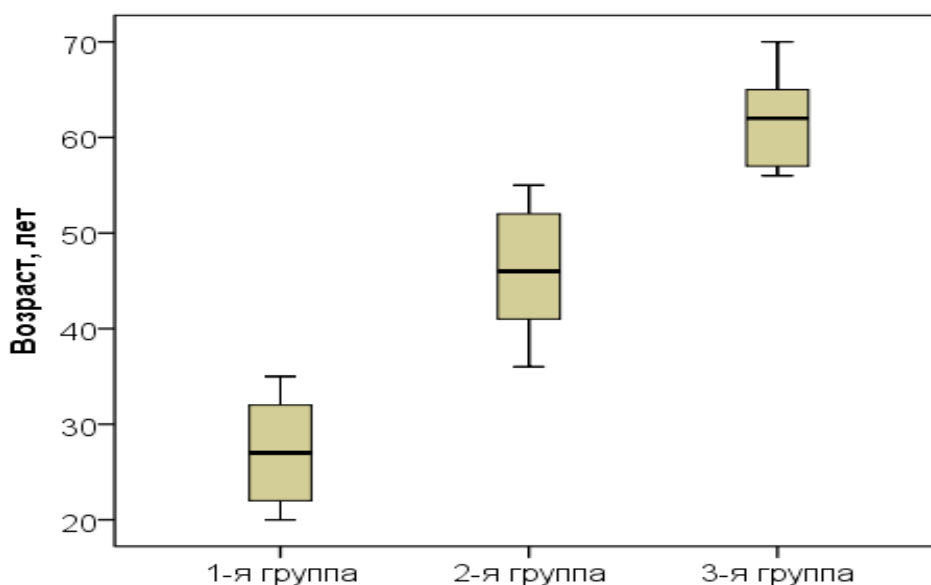


Рисунок 2. Распределение участников по возрастным группам

Результаты анализа условий воспитания женщин основной группы свидетельствуют о том, что большинство воспитывались в неполной семье – 56,85%. В том числе воспитывались только матерью – 25,49%, бабушкой – 12,74%, отцом – 3,92%. В учреждениях соцобеспечения воспитывались 14,7%. Лишены родительских прав оба родителя у 13,72% подэкспертных, что может являться отражением неблагоприятных условий жизни в родительской семье и

рассматриваться как психотравмирующий фактор. Гораздо реже родительских прав был лишен один из родителей испытуемых: лишь в 1,96% была лишена родительских прав только мать, в 0,98% – отец.

При изучении условий воспитания испытуемых проанализирован криминальный анамнез их родителей. Было установлено, что в 13,72% один или оба родителя были привлечены к уголовной ответственности. Полученные результаты, вероятно, свидетельствуют о важности роли усвоения асоциальной модели поведения и криминальных паттернов родителей в формировании противоправной активности женщин с органическим расстройством личности, о чем также упоминалось в предыдущих исследованиях.

Изучение условий воспитания показало, что больше половины (62,74%) заявили о воспитании в преобладающей атмосфере холодного, безразличного отношения (50,98%) с конфликтами, эпизодами применения в отношении них агрессии, физического насилия (11,76%). При этом оценка условий своего воспитания как психотравмирующих была дана практически каждой третьей женщиной (29,4%). Однако подтвержденные материалами дела факты физического или психологического насилия имелись лишь в 12,7%. Более трети (37,26%) заявили о наличии теплых и доброжелательных отношений с лицом, воспитывающим их, среди таких испытуемых преобладали женщины, воспитывавшиеся в полной семье, либо с воспитанием одной матерью или бабушкой.

В группе женщин без криминального анамнеза в подавляющем большинстве случаев (92%) имелись сведения о теплых, доброжелательных условиях воспитания; лишь в 4% случаев имелись сведения о безразличных отношениях с воспитывающим лицом, из них все испытуемые воспитывались в неполной семье, 2% - матерью и 2% - бабушкой.

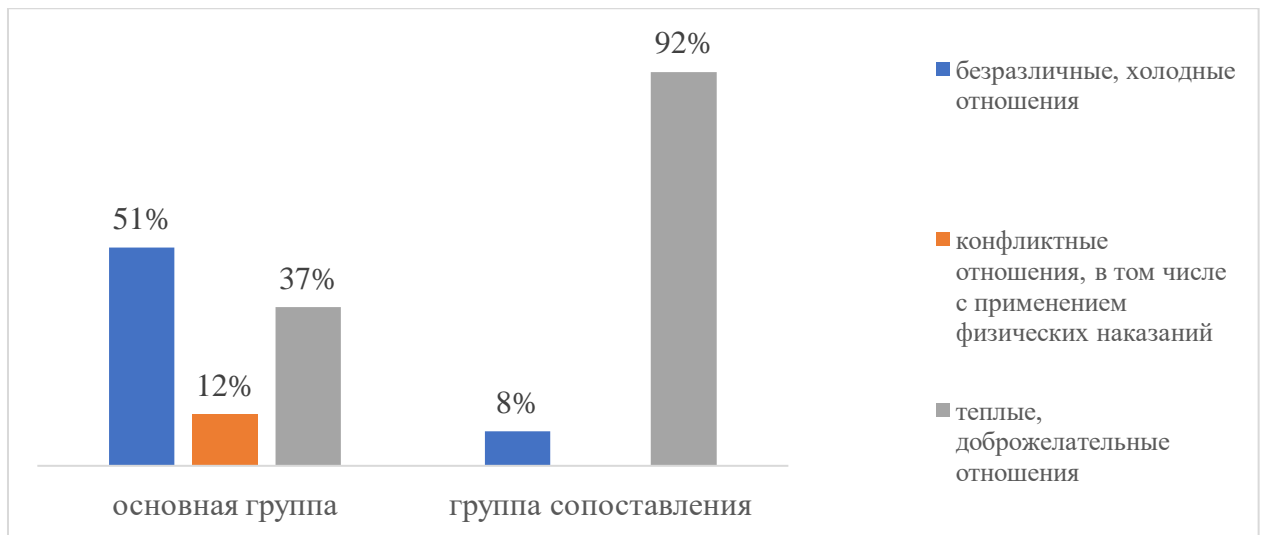


Рисунок 3. Отношения с воспитывающим лицом

Наряду с преобладанием в группе испытуемых средне-специального образования – 31%, более низкий уровень образования отмечался у женщин, у которых начало действия экзогенных факторов пришлось на детский и подростковый возраст (до 18 лет) - большая доля из них обучались во вспомогательной школе - 31,37%.

Из всех участников исследования (основной группы) 69% отметили, что имеют профессию. Однако только 7,84% указали, что имеют постоянное место работы. О наличии постоянного источника дохода указали 33,33% участника, из них более половины (25,49%) приходилось на социальные выплаты (пенсия по возрасту -20,59%, в связи с инвалидностью-2,94%, пособие на ребенка – 1,96%).

Таким образом, большинство обследуемых (92,16%) были безработными, трудоустроенные женщины (7,84%) занимались исключительно низкоквалифицированным трудом, независимо от уровня их первоначальной квалификации в прошлом.

Субъективная оценка условий проживания в основной группе как «удовлетворительные» была выявлена в каждом втором случае - у 57,84%, «плохие» – у 41,18%, «хорошие» - в 0,98% случаев. У 35,29% отсутствовало собственное жилье и, как следствие, место проживания не было постоянным. В группе сравнения абсолютное большинство лиц имели удовлетворительные условия проживания - 94%, хорошие - в 6%, все имели постоянное место проживания.

Результаты ранее проводимых исследований на женской выборке (Васянина В.И., 2002; Гребенюк Е.А., 2008; Русина В.В., Качаева М.В., 2008; Васильева Н.Ю., 2016) свидетельствуют о том, что семейные отношения нередко выступают источником хронической психотравмы у женщин, совершивших правонарушения. Поэтому в нашем исследовании проводилось изучение качественных характеристик внутрисемейных отношений для полной оценки не только социальной и семейно-бытовой адаптации женщины, но и для анализа их роли в формировании противоправного поведения, а также значимости применительно медицинского критерия невменяемости и ограниченной вменяемости у женщин с ОРЛ.

Характер внутрисемейных отношений отражал проблемы установления и неспособность поддержания длительных межличностных отношений с лицами ближайшего окружения вследствие специфики заболевания с характерными эмоционально-волевыми нарушениями, а также отражал особенности усвоенных в процессе воспитания паттернов патологического межличностного взаимодействия, перенесения стереотипов искаженного родительства на собственных детей, что особенно актуально, учитывая, что большинство испытуемых изучаемой выборки находились в молодом репродуктивном возрасте, многие из них уже являлись родителями.

В основной выборке 58,82% женщин состояли в брачных отношениях, хотя при уточнении семейного статуса у этой категории оказалось, что только 27,45% из них имели официально оформленные отношения, большинство (31,37%) состояли в гражданском браке. Одинокими были 41,18% женщин, из них 39,21% женщин никогда не были замужем, а 1,96% состояли в разводе. В группе сопоставления выявлено преобладание женщин, не состоящих в браке в течение жизни (64%, $p < 0,01$), среди состоящих в браке (30%), преобладали официально оформленные отношения (18%), достоверно реже – гражданский брак (12%, $p < 0,01$).

Изучение семейного положения при распределении по возрастным группам в основной выборке выявило незначительное преобладание замужних женщин во

всех категориях, что составило 51% у женщин 20-35 лет, 60% у 36-55-летних и 75% у женщин старше 55 лет. Однако анализ семейного положения с учетом разделения на возрастные периоды не выявил статистически значимых различий при сравнении долей участников, состоящих в браке (рис. 2; $\chi^2 = 3,641$; $df = 2$; $p = 0,161$), т.е. фактор возраста не оказывал существенного влияния на установление брачных отношений.

В группе сопоставления доля незамужних женщин преобладала в группе 20-35 летних участниц, составила 85%. Состояли в брачных отношениях чаще женщины в возрасте 36-55 лет – 91%. Среди лиц старше 55 лет в группе сравнения преобладали незамужние женщины – 83%.

При опросе 83,33% женщин основной выборки отметили, что внутрисемейные отношения имели дискриминационный, конфликтный характер, что значительно превосходит в сравнении с данными в общей популяции, составляющими по данным ВОЗ 25-40%. Большая доля исследуемых заявили о применении в отношении них со стороны мужа физического и психологического (68,33%) насилия. В семейных отношениях практически все женщины занимали подчиненное положение (80%). На равноправные отношения указали только 3,33%.

В группе сравнения из всех лиц, состоявших в зарегистрированном браке (26%), большинство сообщали о теплых и доброжелательных отношениях с мужем (86,87%), лишь (13,33%) сообщили о безразличных, холодных отношениях.

Большинство женщин основной выборки (63,73%) имеют детей, при этом (18,46%) женщин лишены родительских прав в отношении собственных детей, в том числе в связи с совершением преступления против личности внутри семьи, а также в связи со злоупотреблением алкоголя, употреблением ПАВ. Более половины имеющих детей женщин (59,99%) сообщали о негативных, конфликтных, холодных, безразличных, нередко с применением физических наказаний отношениях со своими собственными детьми.

По интегральным показателям – трудовая занятость, уровень социального функционирования, адаптация в семье, материально-бытовая устроенность у 42,16% женщин можно было говорить о значительном снижении социального функционирования (присутствовала вся совокупность факторов), у 30,39% социальное функционирование имело неустойчивый характер, перемежалось с непродолжительными эпизодами кратковременных заработков, ровных отношений с детьми, относительным улучшением выполнения своей социальной роли, однако не происходило полноценной социальной адаптации и восстановления прежнего уровня социальной жизни.

Изучение ОРЛ у женщин проводилось исходя из имеющихся данных исследования ОНР, проведенных как правило, на мужской выборке. В соответствии с критериями МКБ-10, для установления диагноза ОРЛ необходимо четкое выделение двух этапов - до перенесенной экзогенной вредности и после, с последующим изменением склада личности и появлением специфичной симптоматики. В.В. Вандыш-Бубко (2002), Ю.А. Берсенева (2004), Ф.Ф. Гатин (2014-2015) в своих работах неоднократно указывали, что в развитии ОРЛ часто выявляется группа испытуемых, у которых начало действия экзогенных вредностей пришлось на более ранний возраст (в перинатальный, ранний детский и подростковый периоды), когда еще не определялось очерченного «преморбида». В.В. Вандыш-Бубко (2008) выделил «дизонтогенетический» и «энцефалопатический» варианты ОРЛ. Исходя из этого, в нашем исследовании анализировалась и роль времени начала развития ОРЛ (начала действия значимой экзогенной вредности), испытуемые основной группы разделялись на подгруппы с началом развития ОРЛ до 18 лет (50%) и с началом развития ОРЛ после 18 лет (50%). Сравнение данных подгрупп выявило различия роли социальных факторов в динамике ОРЛ и формировании криминального поведения.

Общие результаты, характеризующие общую выборку обследованных и отражающие неблагоприятные в целом социальные показатели, дополнялись сведениями о злоупотреблении алкоголем и употреблении наркотиков. Полученные данные свидетельствуют о высокой распространенности

зависимости от алкоголя в основной группе (77,45%). Употребление наркотиков у данной категории женщин было выявлено только при ОРЛ, начало развития которого пришлось на период до 18 лет (16,67%), каждый установленный случай – полинаркомания (рис. 4).

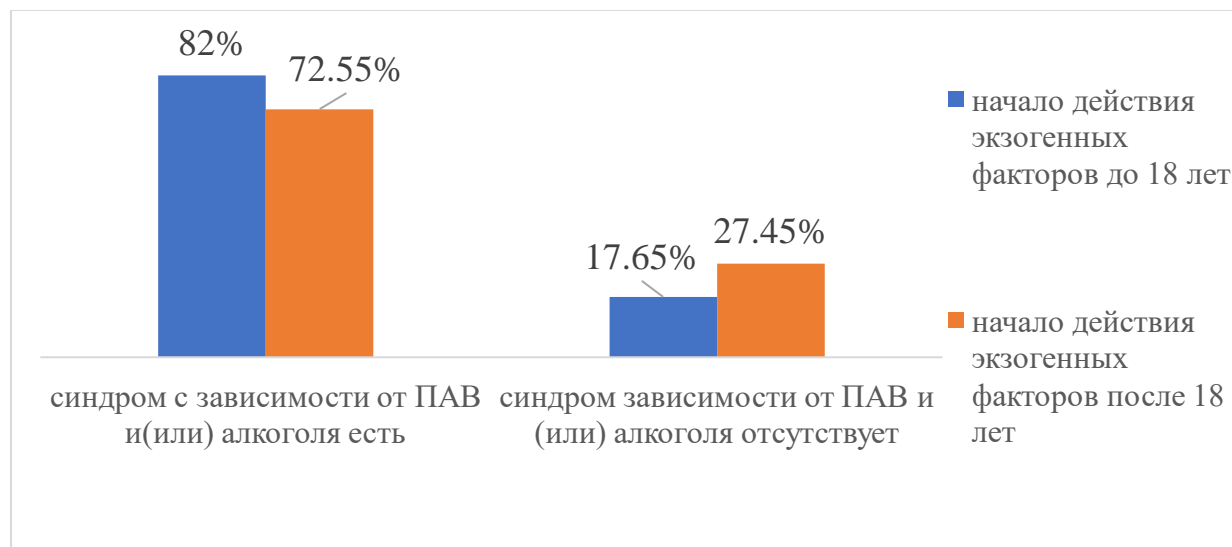


Рисунок 4. Наличие синдрома зависимости от алкоголя в подгруппах по возрасту начала воздействия экзогенных факторов

Среди наиболее значимых факторов экзогенной вредности, имеющих значение для развития ОРЛ, следует выделить наследственную отягощенность как один из наиболее ранних факторов воздействия.

Наследственность отягощена у 53,92% женщин основной выборки, из них преобладает алкоголизм родителей – 41,18%, наследственная отягощенность по психическому заболеванию выявлена у 8,82%, по зависимости от наркотиков – 3,92%.

В группе сопоставления о наличии наследственной отягощенности сообщали только 10% испытуемых, чаще всего имело место наличие психического заболевания у родителей – 4%, с одинаковой частотой встречается наследственная отягощенность алкоголизмом родителей, зависимость от наркотиков и наличие эпилепсии – у 2%.

Обращает на себя внимание, что наследственная отягощенность зависимостью от наркотиков в основной группе была выявлена только у женщин с ОРЛ, начало развития которого пришлось на период до 18 лет (7,84%, $p < 0,05$). Довольно часто

у них встречался и алкоголизм родителей (43,14%). Полученные данные позволяют предположить значимость данного типа наследственной отягощенности в формировании специфического органического субстрата для группы женщин с ОРЛ, начало развития которого пришлось на более ранний (детский и подростковый) период, а также особенностей микросредовых характеристик воспитания индивидуума (безнадзорность, культивирование отрицательного стиля поведения, искаженных ценностных ориентаций).

Вандыш-Бубко В.В. указывал, что для ранних резидуально-органических состояний характерно наличие регрессиентного характера возрастной динамики. Вместе с тем в детском и подростковом возрасте наблюдается ряд количественных и качественных изменений, нередко являющихся результатом действия дополнительных вредностей: присоединение дополнительных экзогенно-органических факторов, микросредовых влияний, алкоголизации.

В нашем исследовании у большинства исследуемых женщин (70,59%) раннее развитие протекало в соответствии с возрастными нормами, задержка психического развития выявлялась в 29,41%, достоверно чаще была сопряжена с началом развития ОРЛ в более раннем, детском и подростковом возрасте (до 18 лет) – в 56,86% ($p < 0,01$), среди них преобладали женщины, признанные невменяемыми (72%).

Таким образом, полученные данные подтверждают важность учета возраста начала воздействия экзогенных факторов, его влияние на клинико-динамические особенности ОРЛ, имеющие ключевое значение в экспертном решении, а также целесообразность распределения на группы именно по времени возникновения ОРЛ в настоящем исследовании.

При распределении женщин основной группы по подгруппам в зависимости от экспертного решения и времени возникновения ОРЛ обращает на себя внимание, что женщины с началом развития ОРЛ до 18 лет в сравнении с женщинами с ОРЛ, начало развития которого пришлось на период после 18 лет, чаще признавались невменяемыми (49%) и ограниченно вменяемыми (17,6%) (рис. 5).

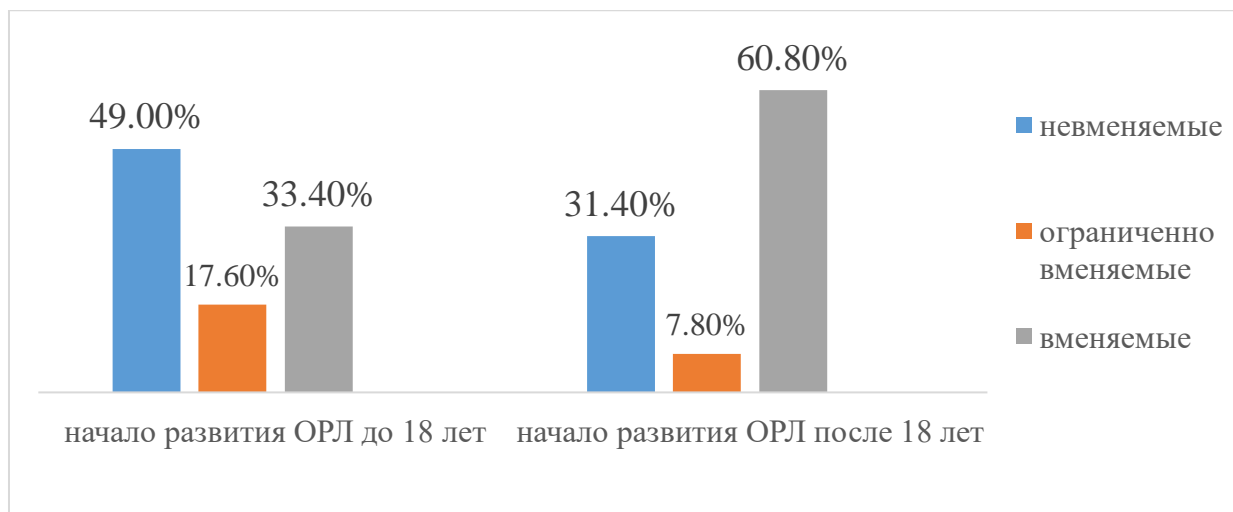


Рисунок 5. Распределение экспертного решения в зависимости от времени начала воздействия экzogенной вредности (начала развития ОРЛ).

С целью проведения анализа клинико-психопатологических особенностей ОРЛ у женщин условно были выделены наиболее значимые для принятия экспертного решения *личностные* (психопатоподобные) – 29,41% и *когнитивные* 16,67% расстройства, в 53,92% случаев эти расстройства в равной степени определяли экспертное решение, и были отнесены к группе *смешанных* нарушений. В группе сравнения аналогичное разделение проводилось исходя из тяжести указанных симптомов, отмечалось большее в сопоставлении с основной группой число лиц с преимущественно *когнитивными* нарушениями – 30%, в 26% выявлялись *личностные* нарушения, менее половины обследованных 44% имели *сочетанный* синдром.

Таким образом, при сравнительном анализе клинико-динамических особенностей исследуемых состояний учитывалось два наиболее важных при экспертной оценке критерия: возраст начала действия значимых экzogений и структура экспертно значимых расстройств.

В последние годы описание феноменологии психических расстройств имеет тенденцию к объективизации выявленных синдромов, что обусловлено не только спецификой изучаемой нозологии, требующей наличие органического «субстрата», но и сопряжено с возможностями внедрения в диагностический процесс высоких технологий (структурной и функциональной нейровизуализации), использования психометрических методик, позволяющих

учитывать не только качественные, но и количественные характеристики органического расстройства личности.

Особое внимание было уделено неврологическому, нейрофизиологическому методам исследования. Результаты были следующие. При исследовании глазного дна (98 испытуемых основной группы – 96%) патологические изменения в виде расширения вен выявлялись у 81,63% – в 80 случаях, каких-либо изменений обнаружено не было у 18,37%.

Всем женщинам основной группы проводилась запись спонтанной ЭЭГ (100%). По результатам проведенного исследования у большинства - 60,79% были обнаружены диффузные нарушения биоэлектрической активности головного мозга по органическому типу, в 23,53% случаях ЭЭГ соответствовало норме, в 4,9% выявлены незначительные изменения, в 3,92% случаях – очаговые изменения, у 6,86% испытуемых судорожная активность.

18,6% обследованным (19) была проведена магнитно-резонансная томография, в 79% случаях (15 из всех обследованных МРТ) были выявлены признаки гидроцефалии, в остальных случаях – 21% патологии при данном обследовании выявлено не было.

13,73% испытуемым была проведена РЭГ, в 92,86% случаях выявлены гемодинамически значимые изменения с преобладанием в группе невменяемых – 42,86%. Отсутствие гемодинамически значимых изменений выявлено только в группе вменяемых лиц – 7,14%.

При оценке степени неврологических расстройств, в 42,16% можно было говорить об умеренной ее выраженности, в 4,9% о выраженных нарушениях, и в каждом втором случае – 52,94% о невыраженной степени. Анализ корреляции тяжести неврологических расстройств с экспертным решением выявил преобладание умеренно выраженных изменений в группе экскульпированных – 58,54%. Выраженные изменения были выявлены только у данной категории испытуемых, составили 12,19% всех признанных невменяемыми. У испытуемых с экспертным решением о вменяемости и ограниченной вменяемости неврологические расстройства чаще были представлены нерезко выраженными

нарушениями – 69% и 69,23% соответственно, данные показатели в наибольшей степени соответствовали результатам исследования группы сопоставления – 56% (рис. 6).

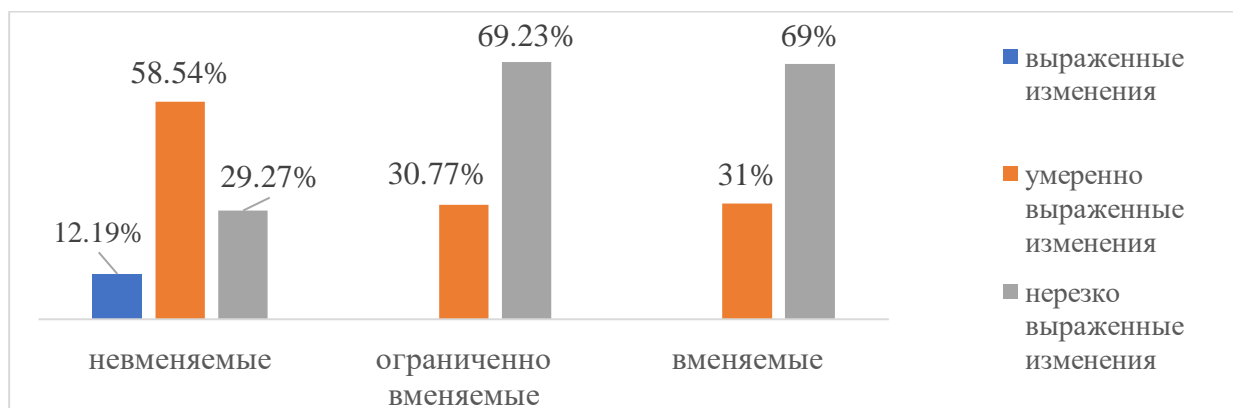


Рисунок 6. Распределение неврологических расстройств по степени тяжести у женщин основной группы в зависимости от экспертного решения

В нашем исследовании в качестве психометрического инструмента использована *Монреальская шкала (MoCA)* - скрининговый тест, наиболее часто используемый для быстрой оценки когнитивных функций, в ряде зарубежных исследований подтвердивший большую эффективность и чувствительность в сравнении с MMSE для оценки когнитивных, главным образом умеренных расстройств, не достигающих деменции.

Психометрическим методом обследованы 60 женщин основной группы исследования, из них вмняемыми признаны 51,67% испытуемых, невменяемыми - 33,33%, ограниченно вмняемыми 15%.

Средний балл в группе вмняемых составил 22,9 баллов, в группе невменяемых – 19,4 балла, в группе ограниченно вмняемых – 22 балла.

Основные отличия между группами наблюдались в заданиях на зрительно-конструктивные/исполнительные навыки (копирование куба, рисование часов), а также на память (отсроченное воспроизведение), абстракцию и ориентацию.

Таблица 1. Распределение результатов по шкале МоСа между группами

				1	2	3	Достоверность различий		
	Когнитивные функции	Пункты МоСа	Макс балл	Вмен (n=31)	Огр. вмен. (n=9)	Невмен. (n=20)	р 1-2	р 2-3	р 1-3
1.	Зрительно-конструктивные / исполнительные навыки	Создание альтернирующего пути	1	1 ± 0	1 ± 0	1 ± 0	0,9642	0,4659	0,9812
		Копирование куба	1	0,65±0,49	0,75 ± 0,5	0,82± 0,4	0,7882	0,8508	0,4659
		Рисование часов	3	1,65±0,99	1,75 ± 0,5	1,73± 0,65	0,8578	0,9250	0,8508
2-3.	Внимание и концентрация	Цифровой ряд	2	1,88±0,33	2 ± 0	1,91 ± 0,3	0,7539	0,9812	0,9251
		Серийное вычитание	3	2 ± 0	2 ± 0	2 ± 0	0,9643	0,9812	0,9812
		Бдительность	1	1 ± 0	1 ± 0	1 ± 0	0,9643	0,9812	0,9812
4.	Язык	Называние	3	3 ± 0	3 ± 0	3 ± 0	0,9643	0,3232	0,9812
		Повторение	2	1,59±0,51	1,75 ± 0,5	1,82 ± 0,4	0,6543	0,7242	0,3232
		Беглость речи	1	0,18±0,39	0,75 ± 0,5	0,09 ± 0,3	0,0889	0,2128	0,7242
5.	Память	Отсроченное воспроизведение	5	2,23± 0,43	2 ± 0	2 ± 0	0,3154	0,9911	0,2128
6.	Абстракция	Абстракция	5	2 ± 0	2 ± 0	2 ± 0	0,9871	0,0003	0,9911
7.	Ориентация	Ориентация	6	4,58±0,96	4,33±0,71	3,44±0,51	0,3393	0,0092	0,0003
Среднее				22,9	22	19,4			

Анализ структуры **этиологии** ОРЛ выявил преобладание смешанной формы в обеих группах, данный показатель составил 82,35% в основной группе и 64% в группе сопоставления.

В основной группе изолированная сосудистая этиология ОРЛ встречается в 6,86%, токсический генез в 5,88%, травматическая этиология в 4,9%.

Изучение отдельных экзогенных факторов показало, что при достаточно высоком уровне перинатальной патологии (50% обследуемых), у всех испытуемых отмечалось присоединение дополнительных экзогенных вредностей, таким образом, происходило формирование смешанной этиологии ОРЛ. В группе вменяемых перинатальная патология была выявлена в 35,42%, в группе невменяемых – 60,98%, ограниченно вменяемых – 69,23%, в группе сравнения перинатальная патология отмечалась в 40%.

Токсический фактор (синдромом зависимости от алкоголя) достоверно чаще выявлен в группах невменяемых (28 испытуемых из 41 – 68,3%) и ограниченно вменяемых испытуемых (10 из 13 испытуемых – 76,9%).

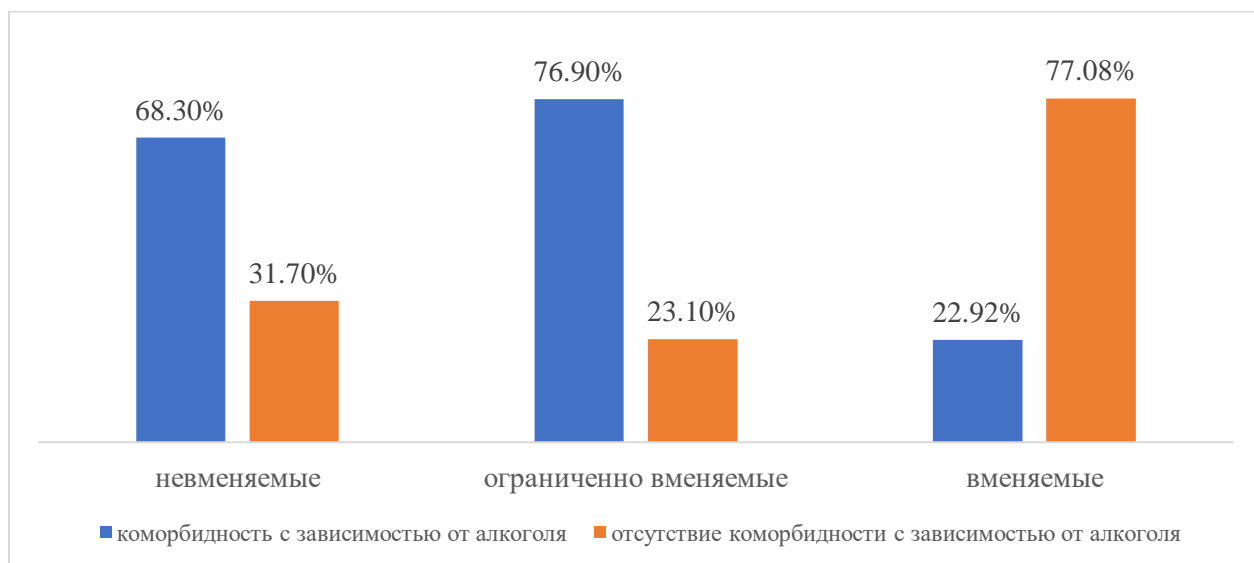


Рисунок 7. Распределение наличия синдрома зависимости от алкоголя в основной группе между подгруппами по экспертному решению

Данная взаимосвязь прослеживается и при анализе криминальной ситуации – правонарушения были совершены в состоянии алкогольного опьянения в 56% и 69% случаев при экспертном решении о невменяемости и ограниченной вменяемости соответственно.

Сопутствующие соматические заболевания были выявлены у 34% испытуемых, эндокринные заболевания - у 24,5%. Среди эндокринной патологии преобладало наличие сахарного диабета в случае экспертного решения о невменяемости – 56%, сочетание сахарного диабета и патологии щитовидной железы – у женщин с ограниченной вменяемостью – 50%.

Условно наиболее значимые для формулирования экспертных выводов расстройства на момент судебно-психиатрической экспертизы у обследованных были дифференцированы как *личностные* – 29,41% и *когнитивные* 16,67%; в 53,92% случаев эти расстройства сосуществовали в клинической картине, в равной степени определяя актуальное психическое состояние подэкспертных, образовали группу *смешанных* нарушений.

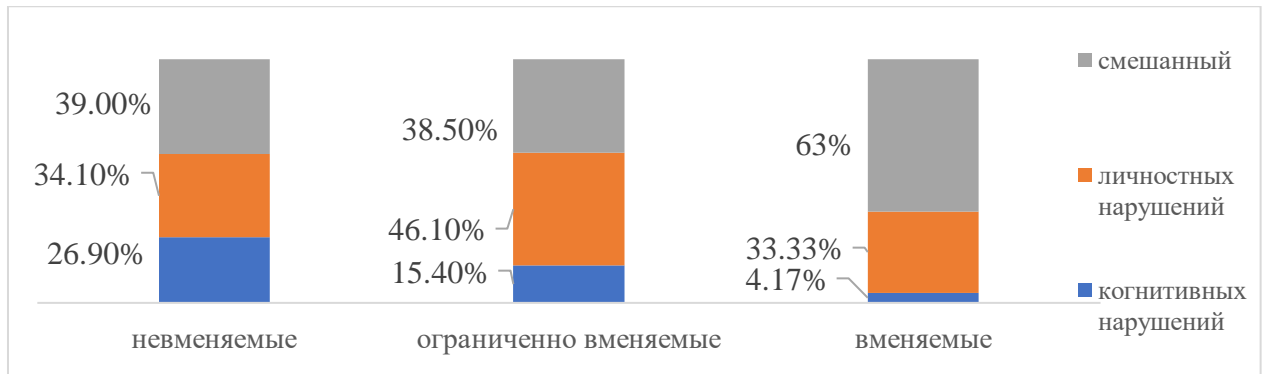


Рисунок 8. Распределение экспертно наиболее значимого психопатологического синдрома

Распределение условно экспертно наиболее значимых клинических синдромов (когнитивные, личностные нарушения, смешанный вариант) в основной группе среди вменяемых было: 62,5%, 33,3% и 4,17% соответственно, среди невменяемых: 39%, 34,1%, 26,9%; среди ограниченно вменяемых: 38,5%, 46,1%, 15,4%. В группе сравнения отмечалось большее в сопоставлении с основной группой число лиц с преимущественно когнитивными нарушениями – 30%, в 26% выявлялись личностные нарушения, примерно в половине случаев 44% сочетанный синдром.

Анализ криминальной ситуации показал, что агрессивные преступления были совершены в 73 случаях – 71,57%. Из них почти треть – 28,57% ранее привлекались к уголовной ответственности, главным образом – 21,43% за преступления, не связанные с агрессивными деяниями.

Среди жертв анализируемых правонарушений преобладали лица, состоящие в близких отношениях с подэкспертными (см. рис. 9).

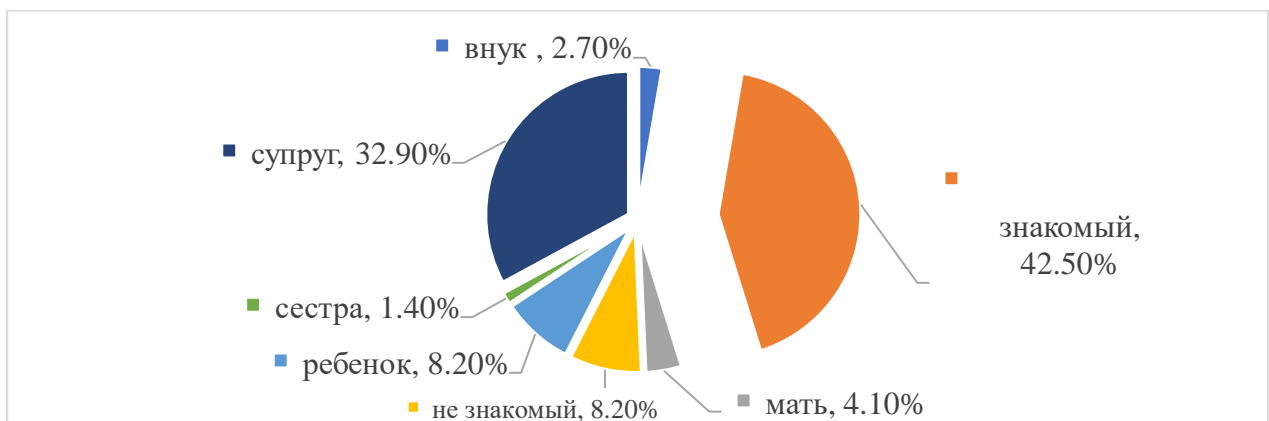


Рисунок 9. Жертвы агрессивных правонарушений

Преступления, не связанные с агрессивными деяниями, были совершены в 27% случаев, из них преобладали преступления, связанные с незаконным оборотом наркотических и сильнодействующих средств – 44,83%. На втором месте – кража (31,03%).

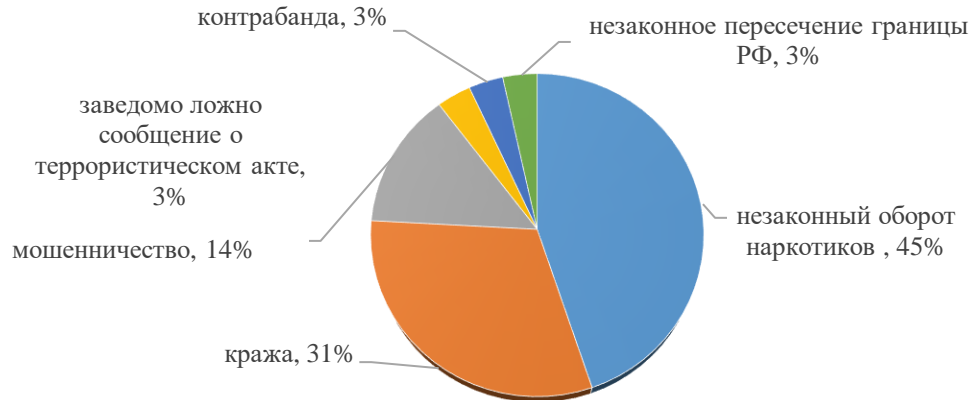


Рисунок 10. *Распределение неагрессивных правонарушений*

Таким образом, для женщин с ОРЛ наиболее типичным является наличие в клинической картине сочетания экспертно значимых когнитивных и личностных нарушений. Экспертное решение о невменяемости, ограниченной вменяемости чаще сопряжено с наличием зависимости от психоактивных веществ; наличия неблагоприятных социальных факторов - воспитание в условиях отрицательного микросредового окружения, усвоения уже в раннем возрасте антиобщественных личностных установок, закреплением имеющихся проблем выработки приемлемых форм разрешения межличностных конфликтов.

Женщины с ОРЛ чаще совершают агрессивные правонарушения, потерпевшие которых часто состоят в родственной, эмоциональной или интимной связи с обвиняемыми; инкриминируемые деяния последних нередко носят защитный характер.

Противоправные деяния неагрессивного характера соотносятся с социальной дезадаптацией, неустойчивостью жизненного и поведенческого стереотипов, усугублением перечисленной совокупности проблем при наличии синдрома зависимости от ПАВ.

ГЛАВА III

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ОРГАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ, СОВЕРШИВШИХ ПРАВОНАРУШЕНИЯ

С целью выявления факторов, повышающих степень развития и прогрессирования как самого заболевания, так и риска формирования противоправного поведения, проведен анализ совокупности клинико-психопатологических, социально-психологических, медико-социальных факторов, а также их взаимосвязи с экспертно значимыми синдромами, динамикой заболевания, типами течения болезни, влияниями экзогенных неблагоприятных факторов и социальных характеристик подэкспертных.

С учетом важности роли биологических, социальных факторов в генезе ОРЛ и становления криминального поведения женщин, изучались структура синдромов ОРЛ, динамика заболевания, сопутствующая соматическая, эндокринная патология, социальная адаптация, проводилось сравнение выявленных особенностей с аналогичными показателями, выявленными при изучении мужской выборки (по данным анализа литературы).

3.1. Экспертно значимые клинические синдромы

К периоду обследования у всех испытуемых выявлялся психоорганический синдром (ПОС), в структуре которого (по К. Schneider, 1955) в основной группе в целом преобладал *эксплозивный* вариант – 87,25 % ($p < 0,01$). При этом наряду с наличием интеллектуально-мнестического снижения в данной группе выявлялись выраженная аффективная возбудимость, «взрывчатость», утрата самоконтроля, кверулянтские тенденции. В группе сопоставления (женщин с ОРЛ, прошедших

обследование в общепсихиатрической сети), преобладал *астенический* вариант ПОС – 40% ($p < 0,01$) проявлявшийся явлениями повышенной психической и физической истощаемости, раздражительной слабостью, гиперестезией, эмоциональной лабильностью. Немного реже выявлялся *апатический* вариант, распространенность которого также достоверно отличалась от таковой у испытуемых с криминальным анамнезом – 32% ($p < 0,01$). При данном варианте основным мотивом обращения за медицинской помощью являлась выраженность нарушений памяти и интеллекта, сопровождающиеся сужением круга интереса, безразличием к своему внешнему виду, пассивностью, зависимостью от лиц ближайшего окружения. Наиболее редко отмечался *эйфорический* вариант ПОС – 4,9% и 8% соответственно, различия между группами не были статистически значимыми.

Органически обусловленные **когнитивные** расстройства (наиболее часто - нарушения памяти и внимания) считаются одним из критериев диагностики ОРЛ, имеющие большую значимость в экспертной практике в силу их влияния на способность субъекта к произвольной регуляции своего поведения.

В основной группе обследования, когнитивные (интеллектуально-мнестические) нарушения у женщин проявлялись различной степенью выраженности и сопровождались конкретностью, ригидностью, торпидностью мышления, снижением памяти, поверхностностью, незрелостью, легковесностью, примитивностью, повышенной внушаемостью. Ограничение запаса знаний и представлений сочеталось с ограничением круга интересов, отсутствием определенных целей и стремлений. В той или иной степени выраженности отмечались снижение критических функций и неспособность прогнозировать свои поступки и действия. На фоне когнитивных, имели место и другие клинические проявления (личностные изменения, неврологические расстройства, аффективные нарушения, неврозоподобные симптомы).

В ряде случаев (16,67%) когнитивные нарушения были не единственными, но экспертно наиболее значимыми. За их фасадом, имеющиеся (как облигатные проявления ОРЛ) эмоционально-волевые нарушения, были менее выраженными.

Наибольшие различия в распространенности когнитивных нарушений выявлены при анализе групп с учетом времени начала развития ОРЛ. Они чаще встречались при более позднем (после 18 лет) развитии ОРЛ (29,41%, $p < 0,001$).

В группе с развитием ОРЛ до 18 лет при экспертно значимом синдроме когнитивных нарушений (3,92%, $p < 0,001$) в клинической картине наблюдались конкретность, обстоятельность мышления, некоторое снижение памяти, главным образом на прошлые события (96,08%), неустойчивость внимания, легкая отвлекаемость, неспособность к интеллектуальному напряжению. У них наиболее часто выявлялись операциональные нарушения мышления (43,14%) в виде конкретности, затрудненного абстрагирования. В 33,33% операциональные нарушения мышления сочетались с динамическими (обстоятельность, вязкость, тугоподвижность), реже (23,53%) характеризовались нарушением динамического компонента. В ряде наблюдений выявлялись признаки психической незрелости в виде беспечности, легковесности, непоследовательности высказываний и поступков, бездумности и поспешности ответов, детскости в поведении. Запас знаний и представлений у этих женщин был невелик. Круг интересов ограничивался преимущественно бытовыми потребностями. Стоит отметить, что стержневым в интеллектуально-мнестических нарушениях данной группы было не столько расстройство предпосылок интеллекта, сколько нарушение его высших интегративных функций. Эти женщины были неспособны к обобщению, пониманию переносного смысла пословиц. Суждения их были поверхностными, неглубокими. Отмечалось своеобразное нарушение критических способностей, когда частично сохранялась критика к отдельным конкретным сторонам ситуации при неспособности оценить всю ситуацию в целом и прогнозированию своих действий и поступков. Внешние формы упорядоченного поведения, порой хорошо развитая речь, незначительное снижение памяти иногда создавали впечатление о достаточной психической сохранности этих больных. Однако динамическое наблюдение позволяло выявить значительные расстройства высших интеллектуальных функций, в большинстве случаев снижение интеллекта достигало умеренной степени выраженности (82,35%), что в

совокупности с эмоционально-волевыми расстройствами (являющимися неотъемлемым компонентом экзогенно-органических заболеваний) обуславливали нарушение процесса приобретения новых навыков и знаний.

У женщин с ОРЛ, начало развития которого приходилось на возраст после 18 лет (29,41%, $p < 0,001$), наблюдалось выраженное нарушение как предпосылок, так и собственно интеллекта. У них отмечалось значительное снижение памяти на прошлые события (94,12%), в том числе эпизоды нарушенной фиксации текущих событий (5,88%). Их мышление характеризовалось выраженными динамическими нарушениями (крайней обстоятельностью, тугоподвижностью, ригидностью) в 29,4%. Наряду с этим выявлялись выраженные операциональные нарушения мышления в виде конкретности, трудностей абстрагирования, затруднения обобщения, которые доминировали у 41,2%, а у 29,4% женщин были относительно одинаковой тяжести наряду с динамическими нарушениями. Суждения этих женщин были примитивные и несостоятельные, речь изобилвала шаблонными фразами и выражениями. Нередко выявлялась эйфория с «плоским» юмором, однако взрывчатые реакции были непродолжительными. Наблюдалось грубое нарушение критических функций. Порой их внешняя опрятность, аккуратность, упорядоченность поведения создавали благоприятное впечатление, однако при клиническом наблюдении в большинстве случаев выявлялись умеренные (84,31%) или грубые (11,77%) интеллектуально-мнестические расстройства.

Помимо когнитивных нарушений среди экспертно значимых выделен синдром *личностных* (психопатоподобных) расстройств (29,41%, $p < 0,05$ при сопоставлении с группой без криминального анамнеза), характеризовавшихся преобладанием эмоционально-волевых нарушений с легкой возбудимостью, взрывчатостью, конфликтностью, демонстративностью, брутальностью, нередко сопровождавшихся агрессией и нелепостью поведения, а порой внушаемостью и подчиняемостью, спонтанными колебаниями настроения.

В ряде случаев (53,92%) не представлялось возможным выделить экспертно значимый синдром (когнитивных или личностных нарушений). Когнитивные и

личностные расстройства имели паритетное значение в клинической картине заболевания при принятии экспертного решения в 50,98% при ОРЛ, начало развития которого приходилось на период до 18 лет и в 56,86% при ОРЛ, начало развития которого происходило после 18 лет. Более значимыми с точки зрения решения экспертных вопросов оказались личностные нарушения при ОРЛ с началом развития в детском и подростковом возрасте (45,1% $p < 0,01$), когнитивные нарушения – для более «позднего» развития ОРЛ (29,41%, $p < 0,01$).

При выделении типологии личностного расстройства за основу приняты традиционные подходы к разграничению психопатоподобных расстройств по феноменологическим характеристикам психопатий в соответствии с классификацией расстройств личности и поведения в зрелом возрасте (F 60 по МКБ-10), таким образом были выделены:

1. ОРЛ по *эмоционально неустойчивому типу* – аналог психопатоподобных расстройств по возбудимому (эксплозивному) типу с выделением его *истеровозбудимого* и *эпилептоидного* вариантов.

2. *Диссоциальный* тип ОРЛ – характеризуется грубым несоответствием поведения существующим социальным нормам

3. *Зависимый* тип ОРЛ – является синонимом «астенической», «самоподавляющей» или «пассивной» личности

4. *Смешанный* тип – представляет собой сочетание двух и более вышеописанных вариантов.

Полученные результаты свидетельствуют о преобладании у женщин с ОРЛ, совершивших правонарушения, **эмоционально-неустойчивого (эксплозивного) типа** (58,8%, $p < 0,01$), который характеризовался повышенной возбудимостью, раздражительностью, вспыльчивостью, гневливостью, вязкостью, брутальностью аффекта, колебаниями настроения. В ряде случаев у испытуемых с ОРЛ, начало развития которого пришлось на период до 18 лет (45%), среди клинических проявлений эксплозивного типа личностных изменений отмечались аффективные колебания по типу дистимии с эпизодами сниженного настроения, угрюмости, раздражительности, чувства тоски, дискомфорта, суицидальных мыслей. В эти

периоды на первый план выступали такие проявления как подозрительность, повышенная чувствительность к фрустрирующим событиям и раздражителям, мрачность, придирчивость, двигательное возбуждение, импульсивное эмоциональное реагирование, агрессивность. В 37,25% случаях отмечались эпизоды дисфории, характеризовавшиеся большей тяжестью и выраженностью в сравнении с ОРЛ, развившимся после 18 лет. Злобность, напряженность аффекта разрешалась моторными разрядами с последующей усталостью, разбитостью, слезливостью, быстрой истощаемостью. У трети обследуемых (29,4%) с ОРЛ, развившимся до 18 лет, подобные состояния сменялись эйфорией. При этом отмечался неадекватно повышенный фон настроения, чрезмерная подвижность, беззаботность, веселье. Можно было наблюдать беспричинный громкий смех, спонтанное чтение стихов, распевание песен, дурашливость, нелепость, сексуальную расторможенность. Следующей за аффективно насыщенными проявлениями стадией, нередко минуя стадию эйфории, наступала апатия, характеризовавшаяся вялостью безинициативностью, безучастием к окружающему.

Клиническая картина взрывного варианта психопатоподобного синдрома у женщин с ОРЛ, развившимся после 18 лет также включала дистимодисфорические колебания настроения (54,9%), при этом выявлялась тенденция к более частым эпизодам сниженного настроения, тревогой.

Эмоционально-неустойчивый тип личностных изменений главным образом представлен *истеровозбудимым* вариантом, наблюдался у 50,98% больных с ОРЛ, развившемся до 18 лет и у 47% с ОРЛ, сформировавшимся после 18 лет. В клинической картине данного варианта наряду с раздражительностью вспыльчивостью, отмечались такие «истероформные» проявления, как капризность, эгоцентричность, упрямство, обидчивость, склонность к вымыслам, фантазированию, стремлению быть в центре внимания, переоценке своих способностей и возможностей, внушаемость. Эти больные отличались конфликтностью, мелочностью, неуживчивостью, примитивными формами реагирования, демонстративными суицидальными тенденциями. Анализ

проявлений истеровозбудимого варианта личностных (психопатоподобных) изменений выявил такие особенности у женщин с ОРЛ, развитие которого пришлось на период до 18 лет, как легкость колебаний настроения от пониженного к повышенному, большая полярность и широкий диапазон эмоциональных проявлений. У женщин с ОРЛ, начало развития которого было после 18 лет, отмечались сочетание пониженного настроения со сверхценными ипохондричными переживаниями, чрезмерной назойливостью, требованием к себе особого внимания. Особенностью ипохондрических переживаний данного контингента являлись большая стойкость, длительность, склонность к стабилизации симптомов. Фиксация на собственных ощущениях, подкрепленная тревожной мнительностью, способствовали выделению ипохондрического симптомокомплекса на первый план.

Диссоциальный тип ОРЛ достоверно чаще был представлен в основной группе женщин с ОРЛ, совершивших правонарушения (24,5%, $p < 0,01$). Клиническая картина во многом напоминала таковую при истеровозбудимом типе личностных изменений. Вместе с тем при данном типе у подэкспертных отличалась эмоциональная тупость, отсутствие мотивации для социально одобряемых форм поведения, недостаток эмпатии, вплоть до равнодушия и враждебности даже к лицам ближайшего окружения, упрямство, строптивость, нечувствительность к оценкам окружающих (похвалам, порицанию и т.д.), гедонистическая направленность интересов и влечений, импульсивность. Данная категория лиц отличалась наличием серьезных антисоциальных действий уже в раннем возрасте. Все женщины с данным типом личностных нарушений состояли на учете в Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав (КДНиЗП). Однако исправительные меры были безрезультатными. В 35,29% у них отмечалось наличие повторных, в том числе агрессивных правонарушений. В период отбывания наказания у них проявлялась выраженная враждебность к порядкам содержания в местах лишения свободы, грубое несоответствие стиля поведения существующим нормам общества, в котором они пребывали.

Зависимый тип ОРЛ наиболее редко встречался у женщин с ОРЛ, совершивших правонарушения, главным образом в сравнении с аналогичным контингентом без криминального анамнеза (9,8% и 72% соответственно, $p < 0,01$). Отличительными чертами данных женщин являлись неуверенность в себе, склонность к подчиняемости, внушаемости, несамостоятельность в принятии решений, наряду с обидчивостью, подозрительностью, раздражительностью, тенденции к сниженному настроению, склонностью к застреванию на негативно окрашенных переживаниях, астено-невротическим реакциям, вегетативным кризам. У женщин с ОРЛ, начало развития которого было в период до 18 лет (5,88%), наблюдались колебания настроения с тенденцией к сниженному. Кратковременные, слабовыраженные эпизоды раздражительности (в большинстве случаев связанные с внешними провоцирующими причинами) часто сменялись апатией. Начало развития ОРЛ в более позднем возрасте (3,92%) у женщин характеризовалось сочетанием выраженных аффективных колебаний и суицидальных тенденций. Характерный для них низкий порог фрустрации, эмоциональная неустойчивость на фоне аффективной ригидности способствовали частым декомпенсациям в субъективно сложных, психотравмирующих ситуациях, в том числе привлечения к уголовной ответственности.

Распространенность *смешанного* варианта психопатоподобных расстройств при ОРЛ существенно не отличалась у женщин основной группы и группы сопоставления (не имеющих криминального анамнеза): 6,9% и 8% соответственно. Клиническая картина расстройства отличалась сочетанием возбудимости, истерических и астенических проявлений. Однако симптоматика у женщин с криминальным анамнезом характеризовалась полиморфностью и изменчивостью: от эксплозивных форм реагирования до астенически реакций. Вследствие аффективных нарушения у данной группы лиц отмечалась неустойчивость мотивов поведения, интересов и стремлений, подверженность чужому влиянию, нередко вовлечение в асоциальные группировки.

Таким образом, наряду со сходством клинических проявлений у испытуемых, совершивших правонарушения в зависимости от возраста начала развития ОРЛ,

имелись определенные качественные и количественные различия. Так, в основной группе с ОРЛ с началом развития до 18 лет чаще наблюдались колебания настроения, склонность к накоплению отрицательно окрашенных переживаний, для них в формировании криминального поведения существенное, порой определяющее значение имел характер окружения. В группе с началом развития ОРЛ после 18 лет преобладала склонность к снижению настроения, брутальности, дистимно-дисфорическим состояниям, аффективные реакции возникали импульсивно, по ничтожному поводу. У данной категории женщин окружение имело опосредованное влияние, но не было определяющим в их криминальной активности.

3.2. Клинико-динамические особенности

Исследование динамики ОРЛ у женщин в сравниваемых группах показало некоторые его особенности. Так, в основной группе у женщин с началом развития ОРЛ до 18 лет, уже на ранних этапах заболевания отмечались выраженные признаки церебрально-органической патологии: задержка психического развития (56,86%), неврозоподобные расстройства (энурез-9,8%), у многих выявлялись головные боли, явления астении. Вместе с тем с раннего возраста эти женщины нередко становились двигательно расторможенными, конфликтными, агрессивными, имели некорректируемое поведение. Данные клинические проявления напрямую влияли на социальное функционирование подэкспертных: в школе они были неусидчивые, легко отвлекаемые, неспособные к длительному интеллектуальному напряжению, не всегда справлялись со школьной программой, что в ряде случаев обуславливало их перевод во вспомогательную школу (31,37%). Нередко данная категория лиц оставляли учебу, в пубертатный период у них отмечалась сексуальная расторможенность, склонность к употреблению алкоголя, наркотических средств (82,35%). Многие (33,33%, $p < 0.01$) состояли на учете в КДНиЗП. У женщин данной группы в большинстве

случаев (60,78%) отмечалось ухудшение психического состояния в предменструальные периоды – к концу 2 фазы цикла появлялась или усиливалась имеющаяся астения, повышалась утомляемость, появлялось чувство дискомфорта, усиливались эмоционально-волевые нарушения, головные боли, снижалась работоспособность, что значительно влияло на уровень их социального функционирования.

У женщин с ОРЛ, развившимся после 18 лет, задержка психического развития наблюдалась значительно реже (1,96%, $p < 0,01$). У них выявлялась большая выраженность признаков церебростенического синдрома: головные боли, головокружения, вегето-сосудистые нарушения, плохая переносимость жары, духоты, езды в транспорте, быстрая утомляемость. Двигательная расторможенность была менее выражена, чем у лиц из группы с ОРЛ с началом развития до 18 лет. Они лучше справлялись со школьной программой, значительно реже обучались во вспомогательной школе (1,96%, $p < 0,01$), достоверно реже состояли в КДНиЗП (9,8%, $p < 0,01$). Однако у них отмечалось более раннее начало климактерического периода (в сравнении с данными общей популяции), который сопровождался нарастанием обидчивости, чрезмерной раздражительностью, сензитивностью, конфликтностью, появлением или усугублением аффективных расстройств, склонностью к тревожно-тоскливому фону настроения, ипохондрии, повышенной чувствительностью к различным психогенно-травмирующим ситуациям (в данной выборке преимущественно семейно-бытового характера), что в условиях социального неблагополучия часто сопровождалось алкоголизацией (72,55%). В данном случае усугубление психопатологической симптоматики предположительно было связано с эндокринной перестройкой женского организма. Об этом косвенно свидетельствовали признаки начавшегося климакса (вегето-сосудистые нарушения – ознобы, приливы жара, гипергидроз, колебания артериального давления, нарушение овариально-менструального цикла), а также инволюционная специфика клинических проявлений в этот период (повышенная сензитивность,

обидчивость, склонность к пониженному фону настроения с компонентами тоски и тревоги, склонностью к формированию идей ущерба и т.д.).

Неблагоприятное влияние на динамику расстройства оказывали дополнительные экзогенные вредности, усугублявшие течение болезни, что обуславливало ее прогрессивность. Такими дополнительными экзогенными факторами являлись психогении, главным образом включающие внутрисемейные конфликты (78,8%, $p < 0,05$), а также факторы токсического воздействия на головной мозг (алкоголь, наркотики) (77,45%), черепно-мозговые травмы (84,31%), появление сопутствующей соматической патологии (76,47%), неврологических заболеваний различной степени выраженности (43,14%), тяжелых инфекций (31,37%).

Выявлены различия и в специфике формирования синдрома зависимости от алкоголя, наркотиков и особенности влияния токсического фактора на динамику ОРЛ между группами по времени начала воздействия экзогенных вредностей. При ОРЛ, развившемся до 18 лет, в основной группе первичное влечение к употреблению алкоголя было обусловлено эмоционально-волевыми расстройствами с психопатоподобным поведением, нарушением влечений, внушаемостью, незрелостью, легковесностью суждений, ограничением круга интересов, вовлечением в общение с лицами асоциального и антисоциального поведения, отсутствием определенных целей и стремлений, неблагоприятными условиями воспитания. Достоверно чаще (81,47%, $p < 0,05$) они воспитывались в психологически неблагоприятной конфликтной среде с холодным, безразличным отношением, нередко родителями, страдающими зависимостью от наркотиков (7,84%, $p < 0,05$), алкоголизмом (43,14%). В 15,69% случаев выявлялся криминальный анамнез одного или обоих родителей. В то время, как у женщин основной группы с ОРЛ, развившимся после 18 лет, злоупотребление алкоголем главным образом было ассоциировано с наличием специфического микросредового окружения, так называемого «бытового пьянства», часто связанного с алкоголизацией партнера (63,64%). При этом наличие эмоционально-волевых нарушений в виде колебаний настроения с преобладанием дистимом-

дисфорических состояний, депрессий, субдепрессий играют второстепенную роль в формировании влечения к ПАВ.

Стоит отметить, что наряду с наличием дополнительных экзогенных вредностей, важное значение на течение ОРЛ оказывала и частота воздействия значимых неблагоприятных факторов. При прогрессивном типе течения заболевания выявлена наибольшая частота и большее разнообразие дополнительных экзогений, среди которых имело место злоупотребление алкоголем.

Появление и усугубление соматических заболеваний у исследуемой группы опосредовано влияло на выраженность аффективных нарушений, способствовало формированию сверхценных ипохондрических переживаний, появлению ощущения неспособности справиться со сложившейся ситуацией, фиксацией на негативно окрашенных событиях, что способствовало усугублению депрессивного фона, опосредовано влияло на злоупотребление алкоголем.

Таким образом, в динамике заболевания отмечалась наиболее значимая роль сопутствующей соматической патологии, физиологически эндокринных изменений в женском организме, токсического фактора, хронических психотравмирующих событий в виде семейно-бытового неблагополучия.

3.3. Клинико-социальные характеристики

Степень социальной адаптации в исследуемой выборке находился в тесной взаимосвязи с клинико-динамическими особенностями ОРЛ у женщин. Так, уровень образования обнаруживал взаимосвязь от возраста начала воздействия экзогенных вредностей и выраженности психопатологических и церебрастенических проявлений на ранних этапах заболевания.

Наряду с преобладанием в основной выборке женщин со средне-специальным (31%) и средним образованием (26%), более низкий уровень образования отмечался у женщин, заболевших в детском и подростковом возрасте, большая

доля из них обучались во вспомогательной школе (31,37%, $p < 0,01$). Многие из них имели неоконченное среднее образование (15,69%, $p < 0,01$).

Более низкий уровень образования в целом и незавершенный процесс обучения (главным образом неоконченное среднее образование у 15,69%, $p < 0,05$) у женщин с ОРЛ, начало развития которого пришлось на период до 18 лет, был, несомненно, обусловлен, как уже отмечалось, большей выраженностью у них психопатологических проявлений на относительно более ранних этапах заболевания. В связи с чем эти женщины хуже справлялись со школьной программой, чаще переводились во вспомогательные школы (31,37%, $p < 0,01$). В пубертатном периоде они нередко оставляли учебу в школах не только по причине недостаточной способности к усвоению новой информации, но и низкого мотивационного компонента деятельности, появления асоциальных тенденций в условиях употребления ПАВ. Достоверно чаще данная категория лиц состояла на учете в КДНиЗП (33,33%, $p < 0,01$). Почти всегда у них не наблюдалось повышения уровня образования в течение дальнейшей жизни (96%). Низкий уровень образования в свою очередь предопределял и низкую профессиональную подготовку.

У женщин с ОРЛ, начало развития которого приходилось на возраст после 18 лет, уровень образования был несколько выше. Однако при появлении признаков психического заболевания вследствие экзогенных воздействий, появлялись сложности трудовой адаптации, что сопровождалось отрицательными трудовыми установками, стремлением к праздному времяпровождению, присоединением психопатологических проявлений (незрелость, легковесность, несостоятельность суждений, снижение критических способностей). Вместе с тем женщины данной группы чаще занимались низкоквалифицированным трудом, нередко с тяжелыми физическими нагрузками, в условиях, оказывающих дополнительные неблагоприятные экзогенные воздействия, что приводило к утяжелению у них церебральной симптоматики (головные боли, головокружения, вегетососудистые нарушения). В связи с этим они быстро уставали, не справлялись с работой, которую вскоре оставляли и в дальнейшем не

трудоустраивались, заведомо оценивая последствия своей трудовой деятельности более тяжелыми, нежели отсутствие постоянного места работы. В ряде наблюдений увольнения с работы в обеих группах были обусловлены присущей данному контингенту конфликтностью, неуживчивостью в трудовых коллективах.

Из всех участников исследования основной группы 69% отметили, что имеют профессию. Однако только 11% указали на наличие постоянного места работы.

Большинство обследуемых – 89,2 % были безработными, лишь незначительное число женщин занимались низкоквалифицированным трудом – 7,8%. Это обусловлено тем, что преимущественно у женщин в исследуемой выборке наблюдалось нежелание продолжать дальнейшее обучение, отсутствие стремления к приобретению профессии, новых навыков, а также трудоустройству, что сопровождалось и неблагоприятным влиянием микросреды (главным образом при ОРЛ, развившемся до 18 лет) - недостаточным вниманием со стороны родителей, общением с лицами асоциального и антисоциального уровня. Типичной для женщин исследуемой выборки была недостаточная мотивация трудовой активности. Так, устраиваясь на неквалифицированную работу, они зачастую не выполняли круг своих обязанностей, совершали прогулы, в том числе в связи с алкоголизацией, а в дальнейшем оставляли работу.

Стоит отметить, что присоединение синдрома зависимости от ПАВ являлось одним из главных факторов профессионального снижения и трудовой дезадаптации больных. При этом в группе ОРЛ, развившегося после 18 лет выявлялся только алкоголизм, в группе с ОРЛ, развитие которого началось до 18 лет, выявлялась в том числе и наркомания. К периоду обследования продолжали работать лишь 7,8% исследуемых (5,88% при ОРЛ с началом развития до 18 лет и 15,69 % при ОРЛ, начало развития которого пришлось на период после 18 лет), однако их трудовые обязанности в большинстве случаев включали эпизодическое выполнение неквалифицированного труда. Об отсутствии постоянного источника дохода достоверно чаще сообщали женщины, у которых начало воздействия экзогенных вредностей пришлось на детский и подростковый возраст (82,35%,

$p < 0,01$). Из женщин данной группы, которые имели постоянный доход (17,65%), большинство (11,76%) находились на иждивении родителей, родственников, сожителей, проживали на случайные заработки, нередко бродяжничали. О наличии постоянного источника дохода указали 52,96% женщин с ОРЛ развившимся после 18 лет, из них более половины (43,14%) приходилось на социальные выплаты (пенсия по возрасту – 31,38%, в связи с инвалидностью – 9,8%, пособие на ребенка – 1,96%).

Снижение трудовой адаптации у исследуемых группы сопоставления всегда был обусловлен прогрессивным течением ОРЛ (нарастанием и углублением эмоционально-волевых и интеллектуально-мнестических нарушений), в связи с чем они не справлялись с выполняемой работой, у них отмечались сложности повышения квалификации.

По совокупным показателям (уровень и стабильность дохода, наличие постоянного места проживания) почти в половине случаев можно было говорить о наличии плохих (41,18%, $p < 0,01$) и удовлетворительных (57,84%, $p < 0,01$) материально-бытовых условиях.

Что касается семейного положения, то почти половина женщин – 43,1% при ОРЛ с началом развития до 18 лет и 35,3% при ОРЛ, начало развития которого пришлось на период после 18 лет, никогда не были в браке. Это, возможно, с одной стороны, обусловлено выраженностью у них психопатологических проявлений (поверхностность, легковесность суждений, эмоционально-волевые нарушения, снижение критических способностей), а с другой – отсутствием адекватных установок на семейную жизнь, стремлением к праздному времяпрепровождению, бродяжничеством, облегченным отношением к сексуальным связям, непродолжительным проживанием у случайных знакомых, сожителей.

Характерно, что у находившихся в браке женщин (58,82%) в семьях часто складывались конфликтные отношения (81,48% и 54,6% в группах в зависимости от времени начала воздействия экзогенных вредностей), что значительно превосходит в сравнении с данными в общей популяции, составляющими по

данным ВОЗ 25-40%. По нашему мнению, у исследуемого контингента наиболее вероятно это обусловлено как их неуживчивостью, эксплозивностью, несерьезным отношением к семейным обязанностям больных, так и злоупотреблением ими алкоголем, психологической и материальной зависимостью от мужа (нередко зависимого от ПАВ), вследствие отсутствия у них собственного источника дохода, следовательно недостаточными возможностями полноценного социального функционирования.

В семейных отношениях женщины с ОРЛ основной выборки как правило, занимали подчиненное положение – 80% ($p < 0,01$). На равноправные отношения указали только 3,33% ($p < 0,01$) лиц основной группы.

В группе сопоставления из всех лиц, состоявших в зарегистрированном браке (36%), большинство сообщали о теплых и доброжелательных отношениях с мужем (86,67%, $p < 0,01$), реже (13,33%).

Несмотря на в целом неблагоприятные семейные отношения, большинство женщин основной выборки 63,73% ($p < 0,01$) имели детей. Данный показатель превосходит аналогичный в группе сопоставления, что, возможно, отражает облегченное отношение женщин с ОРЛ, имеющих криминальный анамнез, к беременности, родам, безразличие к судьбе своих детей с учетом преобладания в исследуемой выборке неблагоприятных условий проживания, зачастую отсутствия постоянного источника дохода, плохих материальных возможностей. Указанные доводы подтверждаются и результатами изучения отношений женщин исследуемой выборки с собственными детьми. Более половины имеющих детей женщин (52,3%) сообщали о негативных, конфликтных, холодных, безразличных, нередко с применением физических наказаний, отношениях со своими собственными детьми. 18,46% женщин были лишены родительских прав в отношении своих детей, в том числе в связи с совершением преступления против личности внутри семьи, а также в связи со злоупотреблением алкоголем и употреблением других ПАВ. В случае удовлетворительной бытовой адаптации (54,9%) женщины исследуемой выборки в целом справлялись со своими родительскими и хозяйственными, бытовыми обязанностями (49% при ОРЛ с

началом развития до 18 лет и 59,5% с ОРЛ, начало развития которого пришлось на период после 18 лет).

Нередко (45,1%) у женщин с ОРЛ, совершивших правонарушения, отмечалась бытовая дезадаптация. Многие (51% при ОРЛ с началом развития до 18 лет и 40,5% с ОРЛ, начало развития которого пришлось на период после 18 лет) бродяжничали, не имели постоянного места жительства, утратили родственные связи, проживали на случайные заработки. К периоду проведения СПЭ у них уже имелись отрицательные трудовые установки, произошла их «адаптация» на асоциальном уровне.

Стоит отметить, что на фоне присоединения хронического алкоголизма к имеющимся проявлениям органической патологии у данной выборки, прогрессивного течения болезни, сопровождавшегося снижением морально-этических личностных установок, женщины прекращали следить за своим внешним видом, содержали жилье в антисанитарных условиях, фактически воспитанием детей не занимались, уходили из дома, вели аморальный, асоциальный и антисоциальный образ жизни.

Таким образом, неблагоприятные биологические, социальные факторы определяют уязвимость женщин к воздействию значимых психотравмирующих событий, оказывающих влияние как на динамику ОРЛ в целом, так и на характер их противоправной активности. При становлении органического расстройства личности у женщин в возрасте до 18 лет клинико-динамические параметры и тяжесть заболевания в наибольшей степени определяются влиянием неблагоприятных социальных факторов, в зрелом возрасте - совокупностью биологических факторов и психотравмирующих событий. Клинико-психопатологические особенности ОРЛ у женщин находятся в тесной взаимосвязи с социальными факторами, определяя прогноз заболевания, динамику психопатологических проявлений и типологию криминального поведения.

3.4. Связанные с полом особенности органического расстройства личности

В ряде зарубежных исследований (Falk O., Sfindla A., Brandstrom S. et al., 2017) установлено, что криминальное поведение для женщин в целом присуще в значительно меньшей степени в сравнении с мужчинами. Однако отмечено, что для женщин, совершивших правонарушения, сравнительно большее значение имеют социально-демографическое и социально-экономическое неблагополучие, низкий уровень образования и трудовой занятости, приводящие к финансовой и психологической зависимости от партнера, что часто сопровождается хронической виктимизацией. В дальнейшем женщина, находящаяся в психологической, материальной зависимости от мужа, нередко страдающего зависимостью от ПАВ, становится жертвой насилия. В условиях хронической психотравмирующей ситуации эта женщина сама становится источником агрессии в отношении абьюзера, то есть злоумышленника (нередко их агрессивные действия в различной степени одновременно затрагивают и детей), а также других лиц ближайшего окружения, что подтверждается большой распространенностью преступлений в отношении жизни и здоровья мужчин, совершенных женщинами, в особенности страдающими ОРЛ, состоявших с ними в гражданском или официальном браке.

К настоящему времени установлено, что женщины в сравнении с мужчинами обнаруживают меньшую устойчивость к воздействию экзогенно-органических вредностей. В то же время Б.Н. Пивень, И.И. Шереметьева (2007) в своем исследовании выявили, что мужчины в общей популяции чаще обнаруживают экзогенно-органические психические заболевания (65,7%) в сравнении с женщинами (49,9%), что дополняется значимостью для женщины роли социальных и биологических воздействий на формирование ОРЛ, отдельных биологических факторов, а также более частым возникновением у женщин сопутствующей аффективной патологии. Также были выявлены существенные различия в клинических проявлениях последствий органического поражения

головного мозга, отмечена большая подверженность мужчин экзогенным воздействиям, у которых достоверно чаще выявлялись черепно-мозговые травмы и сочетанные экзогенные воздействия. У женщин отмечена большая частота сердечно-сосудистых заболеваний и токсического и травматического фактора в качестве основной этиологически значимой вредности.

В ходе анализа данных стационарного судебно-психиатрического освидетельствования женщин, привлекавшихся к уголовной ответственности в качестве обвиняемых и подозреваемых с верифицированным диагнозом ОРЛ, в сравнении с результатами исследований, проведенных на мужском контингенте (по данным литературы), получены следующие данные (Приложение № 3).

Средний возраст в исследуемой выборке женщин (41,6 года) значительно превышал таковой в аналогичной выборке мужского контингента (32,6 года). Диапазон возраста женщин с ОРЛ на момент обследования был 18-68 лет. При сравнении возрастных групп наибольшие различия были выявлены между распространенностью лиц с ОРЛ до 25 и старше 56 лет ($p < 0,01$).

Уровень образования как у мужчин (по данным литературы), так и у женщин во многом определялся возрастом начала заболевания. Последствия воздействия экзогенных вредностей в наиболее раннем, детском и подростковом возрасте, по аналогичным механизмам у обоих полов приводят к затруднению усвоения новой информации, нарушению способности регуляции своего поведения, снижению социальной адаптации, способствуют прекращению учебного процесса или значительному снижению его уровня и качества. Вместе с тем установлено, что мужчины с ОРЛ достоверно чаще обучались во вспомогательной школе (25,72%, $p = 0,0932$), что, возможно, связано как с биологической, так и социальной спецификой, связанной с женским полом – особенностей созревания, разных темпов развития ЦНС, лучшей способностью девочек к организации своего поведения, а также большим стремлением представителей женского пола соответствовать существующим социально одобряемым нормам и стереотипам поведения. Вероятно, аналогичные причины привели к большей представленности лиц с ОРЛ, получивших высшее образование среди

представителей женского пола (3,92%, $p=0,0828$). Однако, как показывает анализ данных литературы, для женщин с ОРЛ, имеющих криминальный анамнез, характерно значительно меньшее снижение социального функционирования (9,8%, $p<0,01$), что, вероятно, свидетельствует о большей уязвимости женщин к воздействию факторов социального неблагополучия. Неудовлетворительные условия воспитания, нередко в условиях безнадзорности, асоциального образа жизни родителей, как правило страдающих зависимостью от ПАВ, имеющих криминальные установки поведения, проживающих в неудовлетворительных материально-бытовых условиях, в дальнейшем у этих женщин отмечается присоединение бродяжничества, употребление психоактивных веществ, вовлечение в криминальные группировки. В социально неблагоприятных условиях формируется неблагоприятный прогноз течения ОРЛ, при этом именно социальные факторы способствуют предрасположенности к противоправному поведению. В то же время благоприятные условия внешней среды в совокупности с привитием социально одобряемых установок, отсутствие дополнительных экзогенных вредностей способствуют компенсации проявлений церебрально-органической патологии, хорошей социальной адаптации больных и могут быть рассмотрены как фактор снижения риска криминальной активности.

Анализ трудовой занятости показал, что, несмотря на преобладание в обеих исследуемых группах лиц, имеющих какую-либо определенную профессию (37% мужчин и 44% женщин), значительно реже оказались трудоустроены женщины (11%) в сравнении с мужчинами (32,1%).

Несмотря на то, что женщины достоверно чаще состояли в брачных отношениях (зарегистрированный и гражданский браки) - 57% (12,1% мужчин по данным литературы), у большинства имеющих семью женщин отмечалось значительное нарушение семейно-бытового функционирования (67%), они не занимались воспитанием детей, уходили из дома, проводили время в кругу лиц, злоупотребляющих алкоголем, отличались аморальным поведением.

Изучение генетических предпосылок психических расстройств у лиц с ОРЛ выявило наибольшую выраженность наследственной отягощенности по

алкоголизму родителей (41,18% у женщин и 40% у мужчин), как, вероятно, наиболее значимой, играющей роль в формировании перинатальной патологии. При этом у женщин достоверно чаще выявлялась наследственная отягощенность по наркомании (3,92%, $p < 0,05$).

Анализ структуры этиологии ОРЛ у женщин выявил преобладание у женщин, как и у мужчин черепно-мозговых травм. Однако в сравнении с мужчинами, у женщин среди этиологических факторов ОРЛ выявляется значительно большая распространенность сердечно-сосудистых заболеваний и патологии перинатального периода развития (9,8%, $p < 0,01$). Токсический фактор у женщин чаще не является изолированным в этиологии ОРЛ, а как правило, сопровождается другими экзогенными вредностями, формируя смешанный генез заболевания. У мужчин достоверно чаще (20%, $p = 0,0543$) в сравнении с женщинами (10,79%) токсический фактор выступает наиболее существенным в генезе ОРЛ.

Полученные результаты при сопоставлении с данными литературы (на мужской выборке) свидетельствуют о преобладании как у женщин, так и у мужчин эмоционально-неустойчивого типа личностных изменений. Однако экспертно значимыми у женщин наиболее часто выступают именно смешанный вариант нарушений (53,92%, $p < 0,01$), достоверно реже у женщин можно выделить экспертно более значимые личностные (29,41%, $p < 0,01$) или когнитивные (16,67%, $p < 0,01$).

Полученные данные в целом согласуются с данными литературы о результатах проводимых нейропсихологических обследований лиц с органическим психическим заболеванием, в которых обнаруживается большая выраженность у женщин в сравнении с мужчинами, на фоне вегетативных и аффективных, эмоционально-волевых расстройств, тяжелых нарушений зрительно-пространственных функций, а также равновесия и походки. Установлено, что для мужчин чаще характерны отчетливые когнитивные расстройства, в частности, нарушения внимания и вербальной памяти, а также нарушения тонкой моторики (Абраменко Ю.В., Яковлев Н.А., 2012).

Стоит отметить значительные отличия ОРЛ у женщин, заключающиеся в значимости роли именно специфических для женского организма биологических (эндокринных) факторов, о чем свидетельствовало ухудшение психического состояния в предменструальные периоды, обострения церебральной и психопатологической симптоматики в возрасте обратного развития, когда клиническая картина заболевания приобретала характер инволюционного периода.

В сопоставлении с данными, полученными при изучении ОРЛ у мужчин (по данным литературы), совершивших правонарушения, можно выделить различия по результатам проведения судебно-психиатрической экспертизы. Выявлено преобладание экспертного решения о вменяемости как у мужчин, так и у женщин, однако женщины исследуемой выборки чаще признавались невменяемыми (40,2%, $p < 0,01$) в сравнении с мужчинами, но значительно реже комиссией выносилось экспертное решение об ограниченной вменяемости (12,75%, $p < 0,05$). Данные результаты могут свидетельствовать о большей тяжести психопатологических проявлений ОРЛ у женщин, совершивших правонарушения, и, возможно, выраженной прогрессивности течения заболевания вследствие характерных для женского организма биологических (эндокринных) сдвигов, легкости присоединения дополнительных экзогенных вредностей со стороны сомато-психической сферы, а также большей подверженности женщин стрессовым событиям, значительной их уязвимости к утяжелению экзогенно-органической симптоматики при присоединении дополнительных токсических воздействий (алкоголизм, наркомания).

Характерно, что женщины с ОРЛ наравне с мужчинами чаще совершали противоправные деяния, связанные с агрессивными действиями (71,57%). При этом для женщин с ОРЛ в целом характерен более отдаленный этап болезни в период совершения правонарушений (что подтверждается и выявленной разницей среднего возраста у женщин в сравнении с мужчинами, составившей 9 лет), когда отмечается значительная выраженность психопатологических проявлений, нередко обострившихся на фоне биологических (эндокринных), в том числе

физиологических изменений в женском организме. Реализации ООД чаще способствовало состояние алкогольного опьянения, что совпадает и с результатами исследований ОРЛ у мужчин. При этом неагрессивные деяния, совершенные женщинами с ОРЛ (28,43%), отражали трудности их социальной адаптации, их зависимость от микросредового окружения.

Жертвами агрессивных преступлений, совершенных женщинами с ОРЛ, чаще являлись знакомые- 42,86% (у мужчин по данным литературы данный показатель 52,1%, $p=2354$) и лица близкого родственного семейного круга – 52,85% (у мужчин по данным литературы данный показатель 32,9%, $p<0,01$), среди которых чаще жертвой правонарушения являлся супруг – 35,7%, значительно реже ребенок – 8,57%, матери - в 4,29%, крайне редко агрессивные правонарушения совершались в отношении внуков – 2,86% и в 1,43% в отношении сестры. Случайные лица становились жертвами преступлений лишь в 4,29%, что также значительно отличалось от аналогичного показателя у мужчин, составляющего 15%, $p<0,05$. Таким образом, можно говорить, что женщины с ОРЛ чаще совершали агрессивные правонарушения в отношении лиц близкого семейного окружения (главным образом в отношении супруга), что может быть объяснено их конфликтными отношениями с потерпевшими (68,33%), холодностью, безразличностью отношений (15%), нарушениями межличностного взаимодействия у женщин с ОРЛ в силу выраженных эмоционально-волевых или когнитивных нарушений с повышенными притязаниями и необоснованной требовательностью к окружающим в сочетании с затруднением изменения паттерна своего реагирования, смены круга общения или места проживания, а также злоупотреблением алкоголем (67,65%) – в том числе и совместно с зависимым от ПАВ партнером, что приводило к усугублению психопатологических проявлений ОРЛ и прогрессирующему морально-этическому снижению. Реализации криминального поведения в данном случае способствовало сочетание как выраженности клинических проявлений, неблагоприятной динамики, так и появление психогенно травмирующих событий, источником которых наиболее часто выступают именно конфликтные отношения

с партнером. Немаловажное значение в реализации правонарушения имело состояние алкогольного опьянения в период инкриминируемого деяния.

Таким образом, к периоду обследования, женщины с ОРЛ, совершившие правонарушения, характеризовались невысоким уровнем образования со значительным снижением уровня социального функционирования, высокими показателями социальной дезадаптации с усугублением выраженности дефицита качества трудовой и семейно-бытовой деятельности за время болезни. Социальная дезадаптация была обусловлена не только выраженностью психопатологических проявлений, но и рядом социальных факторов – отрицательным влиянием микросреды, недостаточной и несвоевременной медико-социальной помощью. Наиболее стремительная социальная дезадаптация прослеживалась у женщин с ОРЛ, с началом развития после 18 лет, у которых отмечалась наибольшая диссоциация между уровнем образования, трудовой и семейно-бытовой адаптацией за период заболевания и ко времени проведения СПЭ.

Общими для всех женщин с ОРЛ, совершивших правонарушения были интеллектуально-мнестические нарушения различной степени выраженности, которые были либо ведущими в клинической картине и при принятии экспертного решения, либо на фоне этих нарушений имел место такой доминирующий вариант психопатоподобного синдрома (личностных нарушений) как взрывчатый (в особенности истероформный вариант).

Психопатоподобный синдром был более выражен в группе ОРЛ, начало развития которого приходилось на возраст до 18 лет (45,1%, $p < 0,01$), характеризовался выраженными колебаниями настроения, нередко с дисфориями. Когнитивные нарушения были экспертно более значимыми у больных с ОРЛ, развившемся в возрасте старше 18 лет (29,41%, $p < 0,01$).

Динамика заболевания у женщин с ОРЛ, совершивших правонарушения, характеризовалась преобладанием прогрессивного и стационарного типа

течения, усугублялась при воздействии дополнительных неблагоприятных факторов (повторные черепно-мозговые травмы, нейроинфекции, психогении, алкоголизм), в том числе биологических (эндокринных) сдвигов (предменструальный период, период беременности и родов, климактерический период), психогений (главным образом семейно-бытового характера), развитием дополнительных соматических и неврологических заболеваний.

Среди особенностей женского контингента с ОРЛ, совершивших правонарушения, в сравнении с мужским полом (по данным литературы), можно выделить, что исследуемые женщины имеют более высокий уровень образования, но более чувствительны к снижению социального функционирования. Несмотря на то, что женщины чаще состоят в браке, отношения с партнером нередко становятся источником хронического стресса, что в условиях присоединения дополнительных экзогенных вредностей, таких как сердечно-сосудистые заболевания, злоупотребление алкоголем, физиологические (в связи с менструацией, беременностью и родами, периодом инволюции) и патологические (в связи с различными заболеваниями) эндокринные сдвиги в женском организме, способствует неблагоприятному характеру течения ОРЛ у женщин. Для женщин с ОРЛ условно более типичны агрессивные правонарушения. При этом жертвами таких деяний чаще становятся именно супруги, сожители, партнеры. Наиболее часто подобные правонарушения совершаются в условиях хронической психотравмирующей ситуации, вызванной конфликтными отношениями с партнером, агрессией с его стороны. Вместе с тем, женщины с психическими нарушениями церебрально-органического генеза как правило совершают правонарушения при значительно большей выраженности у них психопатологической симптоматики в сравнении с мужчинами (по данным литературы), чаще признаются невменяемыми.

ГЛАВА IV

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ У ЖЕНЩИН

Органическая психическая патология, как наиболее четко коррелирующая с нарушениями как в интеллектуально-мнестической, так и эмоционально-волевой сферах, считается наиболее криминогенной исходя из ее клинико-динамических особенностей (Вандыш-Бубко В.В. 2019; Brugman S., 2016; Kendall-Tackett K.A. et al., 2017; Tan J., 2017; Wei S.M. et al. 2018). В то же время изучение особенностей противоправного поведения при ОРЛ выявило мультифакторность становления криминальной активности и реализации правонарушений, что требует многопланового подхода к изучению данной проблемы.

На основании данных, полученных при настоящем исследовании, по результатам системной оценки критериев психопатологических, индивидуально-личностных, ситуативных, психогенно травмирующих (острых или хронических, включая агрессивные деяния со стороны партнера) факторов, наличия токсического (алкоголизм, наркомания) и дополнительных экзогенных воздействий (сомато-неврологические заболевания, эндокринопатии, физиологические эндокринные сдвиги в женском организме) с учетом их связи с правонарушением, проведен анализ судебно-психиатрического аспекта проблемы правонарушений женщин с ОРЛ.

4.1. Общая судебно-психиатрическая характеристика

Анализ ООД выявил, что агрессивные преступления были совершены в 75,57% случаях. Из них почти каждая третья испытуемая – 35,29% - ранее привлекалась к уголовной ответственности, главным образом (21,43%) за преступления, не связанные с агрессивными деяниями.

Полученные данные при настоящем исследовании свидетельствуют о том, что неагрессивные противоправные деяния (кражи, связанные с оборотом наркотических и сильнодействующих препаратов), совершенные женщинами с ОРЛ, начало развития которого пришлось на период до 18 лет (37,25%), отражали их социальную дезадаптацию. Вместе с тем исследуемые данной подгруппы чаще совершали сопряженные с агрессивными действиями правонарушения - убийства, нанесение тяжких телесных повреждений, и т.д. (62,75%). Это, вероятно, обусловлено большей выраженностью у них эмоционально-волевых нарушений, легкостью возникновения реакций раздражения с дисфорией. Клиническую картину в данном случае дополняли присущие данному контингенту повышенная внушаемость, подчиняемость, слабость мотивации поступков, проблемы волевого контроля над своими действиями, неустойчивость жизненного и поведенческого стереотипов.

При рассмотрении всей выборки основной группы по клиническим типам (вариантам) ОРЛ отмечено, что наиболее тяжкие ООД (убийства, попытки убийства, тяжкие телесные повреждения) были совершены женщинами обеих подгрупп с взрывчатым вариантом психопатоподобного синдрома – 58,82%. Не связанные с агрессивными деяниями ООД – чаще отмечались при смешанном – 9,8% и зависимом – 6,9%% вариантах. Наиболее типичные проявления зависимого типа личностных нарушений в виде личностной незрелости, эгоцентризма, повышенной тревожности, эмоциональной лабильности, поверхностности, облегченности суждений, гиперчувствительности в сфере интерперсональных отношений, склонности к фиксации на негативно окрашенных переживаниях, застенчивости, чувства неготовности к самостоятельной жизни, зависимости от внешних оценок, склонности решать проблемы за счет других людей, внушаемости, подчиняемости, нерешительности, чрезмерной покорности нередко сопровождалась быстрым формированием синдрома зависимости от алкоголя и наркотических веществ при наличии аналогичных проблем у значимых для них лиц. Указанные психопатологические особенности обусловили характер совершаемых ими преступлений – в данной

группе все преступления совершены в группе лиц, большинство из них связаны с оборотом наркотических и сильнодействующих веществ (71,43%).

Характерно, что совершение краж, грабежей в большинстве случаев было обусловлено преобладанием диссоциального типа изменений личности (24,5%). Злоупотребление алкоголем при данном типе вело к формированию у исследуемых чрезмерной раздражительности, взрывчатости, склонности к дисфориям, что нередко приводило к конфликтным ситуациям. Алкогольная интоксикация обуславливала большую выраженность, брутальность эмоционально-волевых реакций, что способствовало легкой реализации противоправных деяний, о чем свидетельствует и то, что практически все правонарушения данной группой женщин совершались в состоянии алкогольного или наркотического опьянения (96%). При этом преобладали реально-бытовые мотивы преступлений.

Женщины с экспертно значимым синдромом когнитивных нарушений (16,67%) чаще совершали неагрессивные правонарушения (94,12%), были более присущи для женщин с ОРЛ, начало развития которого пришлось на период после 18 лет (29,41%, $p < 0,01$). Реализация правонарушений определялась не столько выраженностью социальной дезадаптации данного контингента, а в большей степени была обусловлена особенностями клинических проявлений ОРЛ, такими, как более тяжелое интеллектуально-мнестическое снижение вследствие воздействия множества дополнительных экзогенных вредностей (выраженная сопутствующая сомато-неврологическая патология – 76,47%; эндокринные сдвиги, главным образом в связи с наступлением климактерического периода – 80,39%; обострением имеющихся и появлением новых эндокринопатий – 25,49%; алкоголизация – 72,54%; выраженная асоциальность с неблагоприятными условиями проживания, невозможностью получения медицинской помощи – 31,37%) с грубым снижением критических способностей.

Полученные данные свидетельствуют об определенной связи ведущих клинических синдромов с характером ООД. Наиболее тяжкие (убийства, попытки убийства) совершали женщины с эксплозивным вариантом психопатоподобного

синдрома. Имущественные деяния преимущественно совершались женщинами с синдромом интеллектуальных нарушений (преобладали кражи – 8,82%).

По сравнению с лицами мужского пола (по данным литературы), женщины в целом совершали значительно менее тяжкие ООД независимо от ведущего клинического синдрома.

Социальная опасность женщин с ОРЛ зависела как от ведущего психопатологического синдрома, так и от особенностей течения, а также этапов болезни. Так, на ранних стадиях заболевания отмечалась большая выраженность психопатологических проявлений, обусловившая раннюю социальную дезадаптацию, при этом больными обеих групп чаще совершались имущественные деяния.

На более отдаленном этапе болезни, когда отмечалось углубление психопатологических проявлений, концентрация больных с прогрессивным, стационарным (с выраженной психопатологической симптоматикой) типами течения болезни, при наличии дополнительного токсического воздействия в виде употребления ПАВ, эндокринных сдвигов, чаще совершались агрессивные правонарушения, направленные на лишение жизни или причинение вреда здоровью. Это отражает как нарастание социальной дезадаптации, углубление психопатологических проявлений у данной категории женщин, так и снижение их адаптационных способностей.

При ОРЛ, начало развития которого пришлось на период после 18 лет чаще совершались агрессивные правонарушения (74,51%), что объясняется более прогрессивным типом течения болезни, присоединением хронического алкоголизма, на фоне которого происходило грубое морально-этическое снижение.

Наиболее тяжкие агрессивные правонарушения были совершены женщинами с взрывчатым вариантом психорганического синдрома с развитием ОРЛ после 18 лет (82,3%), характеризовались неблагоприятным течением болезни (прогрессивным, стационарным с выраженной психопатологической симптоматикой) и сопровождалось хроническим алкоголизмом (72,55%).

Полученные данные подтверждают результаты ранее проведенных исследований (М.В. Гиленко, 2016; Вандыш-Бубко В.В., 2019), в которых было выявлено, что алкоголизм является фактором, увеличивающим риск совершения противоправных деяний психически больными. В нашем исследовании была установлена достоверная взаимосвязь между наличием хронического алкоголизма, синдрома зависимости от наркотиков и совершением ООД. Каждая вторая женщина, у которой начало действия экзогенных вредностей пришлось на более ранний (до 18 лет) возраст (49%), и почти каждая третья женщина с ОРЛ, начало развития которого пришлось на период после 18 лет (31,38%), совершали ООД, что могло быть обусловлено большим уровнем страдающих алкоголизмом и наркоманией (72,55% и 82,35% соответственно). Сравнение частоты ООД, совершенных женщинами с ОРЛ (с хроническим алкоголизмом и наркоманией и не злоупотребляющих алкоголем, без синдрома зависимости от наркотиков) показало, что она выше у зависимых от ПАВ (90,24%).

В плане социальной опасности больных отмечается более неблагоприятное сочетание синдрома зависимости от ПАВ с ОРЛ, начало развития которого пришлось на более ранний возраст (до 18 лет). Невменяемыми были признаны 17% из них. Стоит отметить, что наркомания (преимущественно синтетические ПАВ) выявлена лишь в данной группе обследованных (с началом действия экзогенных факторов в детском и подростковом возрасте), при этом они значительно чаще признавались невменяемыми в сравнении с женщинами, ОРЛ, начало развития которого пришлось на период после 18 лет, имеющих зависимость от алкоголя, что, вероятно, подтверждает значительно более пагубное воздействие наркотических (в особенности синтетических) средств в сравнении со алкоголем.

Приведенные данные свидетельствуют о несомненном влиянии зависимости от ПАВ на повышение риска ООД исследуемыми женщинами. Присоединение алкоголизма углубляло и усложняло психопатологическую симптоматику, а также обуславливало изменение личности по смешанному (алкогольно-органическому) типу, способствовало прогрессивному течению болезни. Это

повышало криминогенность данной категории женщин, «облегчало» формирование социально неприемлемого поведения и реализацию противоправных деяний. Кроме того, присоединение хронического алкоголизма к основному заболеванию явилось одним из основным факторов, обуславливающих стремительную социальную дезадаптацию и морально-этическое снижение этих подэкспертных, что способствовало совершению ООД.

Стоит отметить, что ПАВ также оказывали непосредственное влияние и на реализацию противоправных деяний. Так, в состоянии алкогольного опьянения у данного контингента, имеющих органически неполноценный фон с соответствующими характерными изменениями личности, усиливалась аффективная возбудимость, нередко содействовавшая актуализации прошлых субъективно значимых психогенных переживаний. При этом совершение тех или иных деликтов у этих женщин было обусловлено главным образом наличием чрезмерной раздражительности, эксплозивности, снижением критических способностей.

Анализ ООД, совершенных женщинами, злоупотребляющих алкоголем, выявил, что в их структуре преобладали кражи (11,4%), что отражало нарастание их социальной дезадаптации. Однако более агрессивные деяния (убийства, попытки убийства, нанесения телесных повреждений различной степени тяжести) нередко совершались в состоянии алкогольного опьянения (69%).

Таким образом, присоединение наркомании, алкоголизма к органическому поражению головного мозга значительно повышает риск совершения противоправных деяний исследуемыми больными. Особенно велика его роль в совершении агрессивных ООД. Сочетание алкоголизма с ОРЛ наиболее неблагоприятно в плане общественной опасности больных.

Общественная опасность и ее особенности в исследуемой выборке зависели от клинических проявлений заболевания, тем не менее, невозможно считать, что ООД, совершенные данным контингентом, являлись прямым следствием болезненных проявлений. Среди условий, определяющих общественную опасность женщин с ОРЛ не меньшее значение имеют множество социальных

факторов: уровень образования, качество трудовой, семейной, бытовой адаптации, а также объем и своевременность медико-социальной помощи, на что указывали в своих исследованиях и другие авторы (М.А. Качаева, В.В. Русина, 2008-2010; Васильева Н.Ю., 2016; Макушкина О.А., 2017; Воронова А.В., 2018; Siedentopf F., 2008; Kaore S.N., Langade D.K., et al, 2012; Khanlou N., 2015; Tan J., 2017).

Как уже отмечалось, исследуемая выборка характеризовалась низким уровнем образования, слабой профессиональной подготовкой. Большинство из них к периоду обследования не работали, зачастую не имели семьи, а состоящие в браке находились в материальной и психологической зависимости от партнера - у них отсутствовали собственное место жительства, источник дохода; отношения в семье имели преимущественно конфликтный характер, применение физического насилия со стороны супруга становилось обыденным и не приводило к разрыву семейных отношений, таким образом, виктимность приобретала привычный хронический характер. Однако в условиях появления дополнительных экзогенных вредностей, обострения хронических или появления новых конфликтов, женщины с ОРЛ, являющиеся жертвой домашнего насилия, сами становились источником агрессии, о чем свидетельствует высокий уровень совершения агрессивных правонарушений в отношении партнеров (34,29% всех агрессивных правонарушений).

Известный постулат о том, что личность – это единство биологического и социального в контексте изучения исследуемой выборки отражает взаимосвязь клинических (биологических) и социальных факторов, взаимная обусловленность которых определяла в конечном итоге социальный статус этих женщин, модели их поведения, формировало соответствующий образ жизни и круг взаимодействия, определяло появление сопутствующей зависимости от алкоголя и наркотиков, сопровождалось грубым морально-этическим снижением, что, в свою очередь играло значительную роль в формировании и становлении криминальной активности. Однако в реализации противоправных и общественно опасных действий у женщин, в отличие от мужчин (по данным литературы),

большее значение имела сама ситуация правонарушения, наличие эндокринных (в том числе физиологических) сдвигов в женском организме, появление дополнительных экзогенных воздействий в виде сердечно-сосудистых заболеваний, черепно-мозговых травм, ухудшения сомато-неврологического статуса, существенно влияющих на клинические проявления ОРЛ, имитируя, по механизму декомпенсации, более тяжелую клиническую картину заболевания.

В основной группе исследования уже на ранних этапах заболевания отмечались различные церебральные и психопатологические расстройства, в структуре которых существенное место занимали когнитивные (интеллектуально-мнестические) и эмоционально-волевые нарушения, что определяло во многом дальнейшее поведение этих женщин. Так, выраженность личностных (психопатологических) проявлений у большинства женщин, совершивших правонарушения с ОРЛ, возникшим до 18 лет, обуславливало их уходы из школ. Оказавшись вне образовательных учреждений, не имея определенных трудовых навыков, представленные сами себе, эти женщины много времени проводили в окружении случайных лиц, часто старших по возрасту, имеющих антисоциальные наклонности. Низкий уровень образования предопределял их плохую профессиональную подготовку, а также раннее начало трудовой деятельности (не требующей специальной подготовки), которое нередко совпадало с пубертатным периодом, характеризовавшимся обострением церебральной и психопатологической симптоматики, что затрудняло их трудовую адаптацию. Как следствие этого, многие женщины с ОРЛ, начало развития которого пришлось на период до 18 лет и часть женщин с ОРЛ, развившимся после 18 лет, не работали, празднично проводили время, общались с лицами асоциального поведения, отличались интеллектуальной несостоятельностью, эмоционально-волевой неустойчивостью и недостаточностью сформированных механизмов психологической защиты. Не имея твердых социальных установок, определенных целей и интересов, эти женщины легко попадали под влияние отрицательной микросреды. В условиях отрицательного микросредового окружения происходило формирование

искаженных ценностных ориентаций, интересов, установок, что в определенной мере обуславливало их асоциальное поведение (бродяжничество, ранние сексуальные связи, употребление алкогольных напитков и наркотиков), а в дальнейшем антисоциальный характер их поступков.

Важным аспектом изучаемой проблемы являлось выявление наличия неблагоприятной обстановки, в которой росли и воспитывались женщины с ОРЛ, заболевшие в детском и подростковом возрасте. Большинство из них (47%) росли в неполных семьях, детских домах (21,6%), тяжелых материальных условиях (96%), конфликтной обстановке в семье с безразличным, холодным или агрессивным отношением, с применением физических наказаний, психологического насилия (70,59%) в том числе вследствие злоупотребления родителями алкоголем (43,14%), употреблением наркотиков (7,84%), асоциальными установками, в связи с чем в детском и подростковом возрасте эти женщины не получали достаточного внимания, и за ними не осуществлялся необходимый надзор. Тем не менее, за частью из них в большей или меньшей степени осуществлялся формальный внешний контроль со стороны родителей, педагогов, в ряде наблюдений – инспекторов по делам несовершеннолетних (33,33%). Однако к периоду совершеннолетия у данной категории женщин уже был утрачен контроль со стороны родителей, а к самостоятельной жизни они были не подготовленными, социально не адаптированными. У большинства (76,47%) отмечалась стабилизация психопатологических проявлений, однако все же сохранялась их выраженность (эмоционально-волевые нарушения, незрелость, поверхностность, примитивность суждений, неспособность прогнозировать свои поступки и действия, недостаточность критических способностей), что наряду с социальной дезадаптацией, социально неприемлемым поведением (уходы из дома, бродяжничество, ранние сексуальные связи, употребление алкогольных напитков и прочее), асоциальными личностными установками, отрицательным влиянием микросреды приводило к совершению тех или иных противоправных деяний. Каждая третья из них совершала правонарушения повторно (35,29%), при

этом в большинстве случаев последующие правонарушения были более тяжелыми (66,67%).

Несмотря на меньшую выраженность психопатологических проявлений на ранних этапах заболевания более высокий уровень их образования и большую трудовую занятость у женщин, заболевших после 18 лет, у них отмечалась значительная выраженность психопатологических проявлений уже в самом начале развития ОРЛ, к моменту проведения экспертизы у них отмечалась большая динамика развития социальной дезадаптации. Эмоционально-волевые расстройства обусловили сложившиеся у них конфликтные отношения в семье, трудовых коллективах, привели к злоупотреблению алкоголем, что, несомненно, оказывало влияние как на социально-трудовое и морально-этическое снижение этих подэкспертных, так и опосредовано на реализацию противоправных деяний.

Таким образом, более раннее воздействие экзогенных вредностей определяло низкий уровень образования, недостаточную профессиональную подготовку, раннее начало трудовой деятельности и раннюю социально-трудовую дезадаптацию. В группе исследуемых женщин, совершивших правонарушения с ОРЛ, когда начало воздействия экзогенных вредностей пришлось на детский и подростковый возраст, ранее общение с лицами асоциального и антисоциального поведения наряду с недостаточностью надзора со стороны родителей обуславливало формирование у них асоциальных личностных установок, асоциальное поведение, а в дальнейшем и совершение ими деликтов. Несомненно, немаловажное значение при этом имело раннее формирование у данного контингента зависимости от ПАВ (82,35%). В данной группе женщины совершали правонарушения в более раннем возрасте (средний возраст 35,8 лет).

Женщины с ОРЛ, развившимся после 18 лет, зачастую имели семьи, постоянное место работы до развития ОРЛ. Вследствие проявлений заболевания, прежде всего эмоционально-волевых нарушений, у них отмечались конфликтные отношения с окружающими. Однако в группе женщин с ОРЛ, совершивших правонарушения, также присутствовала легкость возникновения хронического алкоголизма, что углубляло как выраженность аффективно-волевых расстройств,

так и ухудшение течения заболевания в целом, а также обуславливало их морально-этическое снижение. Так, семейная и трудовая дезадаптация более выражена в изучаемой выборке. К периоду правонарушения большинство женщин не имели своих семей (58,82%), несмотря на наличие детей (68,63%), почти каждая четвертая из них была лишена родительских прав (22,86%), что также отражает неспособность выполнять родительские обязанности данным контингентом. Большая часть женщин с ОРЛ, начало развития которого пришлось на период после 18 лет, не работали (84,31%), многие злоупотребляли алкоголем (72,55%), вели асоциальный образ жизни (не занимались воспитанием детей, уходили из дома, проводили время в кругу лиц, злоупотребляющих алкоголем, отличались аморальным поведением). Под влиянием отрицательного микросредового окружения у них происходила деформация личностных установок. Механизмы антисоциального поведения этих больных формировались не только за счет эмоционально-волевых расстройств и морально-этического снижения, но и за счет снижения интеллектуально-мнестических и особенно критических способностей. Недостаточное прогнозирование своих действий и оценки конкретных ситуаций в целом приводило к совершению этими женщинами тех или иных правонарушений. Определенное влияние на ухудшение психического состояния этих больных оказывал период обратного развития (климактерический), когда на фоне обострения заболевания особенно повышались сензитивность, обидчивость, ранимость, чувствительность к различного рода психогенным факторам, что само по себе повышало их криминогенность. Этим можно объяснить наиболее частое совершение женщинами, у которых начало действия экзогенных факторов пришлось на период после 18 лет, правонарушений в периоде 40-49 лет (средний возраст 48,8 лет).

Следовательно, в генезе ОРЛ у женщин, заболевших после 18 лет, принимали участие различные клинико-социальные факторы, однако ведущими были психопатологические проявления (эмоционально-волевые расстройства, интеллектуально-мнестические нарушения), при этом немаловажное значение

имело обострение заболевания в возрасте обратного развития, а также хронический алкоголизм.

Характер совершенных правонарушений в некоторой мере отражает клинические проявления ОРЛ у женщин, а также уровень их социальной дезадаптации.

Так, ранняя социальная дезадаптация женщин с ОРЛ, начало развития которого пришлось на период детского и подросткового возраста, в какой-то мере определяла более частое совершение в сравнении с группой женщин с ОРЛ, начало развития которого пришлось на период до 18 лет, - неагрессивных правонарушений (35,3%), что было обусловлено материальными затруднениями. Большинство правонарушений были совершены по реально-бытовым мотивам, что само по себе свидетельствует о влиянии средовых факторов.

Выраженность эмоционально-волевых нарушений у женщин с ОРЛ с началом развития после 18 лет определяло преобладание в структуре совершенных ими агрессивных правонарушений (78,4%). Меньшее количество неагрессивных правонарушений определялось их более лучшей социальной адаптацией к периоду правонарушений.

Резюмируя, можно отметить, что условно наиболее криминогенным по совершению агрессивных правонарушений являются ОРЛ с началом развития после 18 лет. Для женщин с ОРЛ, начало развития которого пришлось на детский и подростковый возраст, более характерно совершение преступлений, не связанных с лишением жизни и здоровья.

Учитывая сложность взаимовлияния клинических и социальных факторов в структурировании антисоциального поведения, с определенной долей условности можно отметить, что в генезе ООД ведущими являются клинические факторы (психопатологическая симптоматика, влияние биологических факторов, хронический алкоголизм). Однако немаловажное значение при этом имеет отрицательное влияние микросреды. Кроме того, существенным фактором являлась недостаточная медицинская помощь в исследуемой выборке, о чем

свидетельствует небольшой процент состоящих на учете в ПНД к периоду инкриминируемого деяния (31,37%).

Также можно отметить некоторые особенности, в определенной степени отражающие специфику ОРЛ у женщин. В отличие от мужского пола (по данным литературы), женщины исследуемой выборки совершали правонарушения на более отдаленных этапах болезни, когда отмечалась значительная выраженность психопатологических проявлений (о чем свидетельствуют различия среднего возраста совершения правонарушений у женщин с ОРЛ - 41,6 год и у мужчин с ОРЛ - 32,6 года). Наряду с тем, что для женщин в целом также как и для мужчин характерны агрессивные правонарушения, жертва убийства, совершенного женщиной, всегда связана с нею родственными, эмоциональными или интимными связями (97%), а само инкриминируемое деяние чаще всего носит защитный характер.

Жертвами агрессивных правонарушений, совершенных женщинами с ОРЛ чаще являлись знакомые- 42,5% (у мужчин по данным литературы данный показатель 52,1%) и лица близкого родственного семейного круга – 49,3% (у мужчин по данным литературы данный показатель 32,9%), среди которых чаще жертвой правонарушения являлся супруг – 32,9%, значительно реже ребенок – 8,2%, мать - в 4,1%, крайне редко агрессивные правонарушения совершались в отношении внуков – 2,7% и в 1,4% в отношении сестры. Случайные лица становились жертвами преступлений лишь в 8,2%, что также значительно отличалось от аналогичного показателя у мужчин, составляющего 15%. Таким образом, можно говорить, что женщины с ОРЛ чаще совершали агрессивные правонарушения против лиц близкого семейного окружения (главным образом в отношении супруга), что может быть объяснено их конфликтными отношениями с потерпевшими, неспособностью женщин с ОРЛ в силу выраженных эмоционально-волевых или когнитивных нарушений с повышенными притязаниями и требованиями к окружающим в сочетании с неспособностью изменить паттерн своего реагирования или место проживания, а также злоупотребление алкоголем, нередко совместно с зависимым от ПАВ партнером,

приводящее к усугублению психопатологических проявлений ОРЛ и прогрессированию морально-этического снижения.

В реализации криминального поведения наряду с сочетанием выраженных клинических проявлений, неблагоприятной динамики, психогенно травмирующих событий, источником которых наиболее часто выступают именно конфликтные отношения с партнером, важное значение имеет состояние алкогольного опьянения в период инкриминируемого деяния и наличие синдрома зависимости от ПАВ в целом. Данный факт в целом согласуется с данными литературы (Ядрова Т.В., 2005; Гиленко М.В., 2016), свидетельствующими о том, что присоединение токсического фактора к церебрально-органической патологии изменяет патогенетические характеристики ОРЛ, определяя прогрессивность заболевания, злокачественный характер течения, социальную и профессиональную несостоятельность. Характерно, что неагрессивные деяния женщин с ОРЛ (28,43%), в том числе сопряженные с употреблением ПАВ (77,45%), отражали трудности их социальной адаптации, зависимость от микросредового окружения.

Немаловажное значение имеет роль биологических факторов, что находит отражение в клинических проявлениях ОРЛ и опосредовано влияет на их социально-неприемлемое поведение и антисоциальный характер их поступков. В основной группе исследования значительно чаще выявлялось наличие сопутствующей эндокринопатии (24,51%, $p < 0,01$), в распространенности сердечно-сосудистых заболеваний и неврологических расстройств статистически значимых различий выявлено не было. Однако в группе женщин с ОРЛ с криминальным анамнезом, начало развития которого пришлось на более поздний возраст (после 18 лет) выявлялись более тяжелые неврологические проявления, чаще обнаруживалось обострение хронических или появление новых соматических, эндокринных заболеваний.

Данные литературы также свидетельствуют о том, что большинство больных мужского пола с психическими нарушениями органического генеза, а именно с ОРЛ, совершивших правонарушения, в преобладающем большинстве признаются

вменяемыми (60%, $p < 0,05$), в то время как в результате проведенного нами исследования было установлено, что жёныны с ОРЛ в сравнении с мужчинами чаще признаются невменяемыми (40,2%, $p < 0,001$). Однако категория ограниченной вменяемости применяется значительно реже в женской выборке, в сравнении с мужчинами (12,75%, $p < 0,05$). Это свидетельствует о том, что женщины с психическими нарушениями церебрально-органического генеза чаще совершают правонарушения при значительно большей выраженности у них психопатологической симптоматики, чем у лиц мужского пола.

Таким образом, неагрессивные правонарушения наиболее часто совершают женщины, у которых формирование ОРЛ пришлось на более ранний возраст (до 18 лет) – 35,3%. Агрессивные правонарушения совершают женщины с ОРЛ, начало развития которого пришлось на период после 18 лет, клиническая картина заболевания при этом характеризуется главным образом психопатоподобной симптоматикой, часто сопровождается зависимостью от ПАВ, опьянением алкоголем в период инкриминируемого деяния, дополнительными экзогенными вредностями (сердечно-сосудистые заболевания, эндокринные биологические изменения в женском организме, эндокринопатии). Жертвами совершенных женщинами ООД наиболее часто становятся именно лица ближайшего окружения, в особенности партнеры; нередко подобные правонарушения совершаются в условиях хронической психотравмирующей ситуации, вызванной конфликтными отношениями с супругом, агрессией с его стороны. Вместе с тем, женщины с психическими нарушениями церебрально-органического генеза как правило совершают правонарушения при значительно большей выраженности у них психопатологической симптоматики, в сравнении с мужчинами, чаще признаются невменяемыми.

4.2. Основные принципы принятия экспертного решения

С целью выделения специфических особенностей экспертной оценки ОРЛ у женщин, совершивших правонарушения, установления паттерна противоправного поведения в сочетании со способностью исследуемых женщин осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий в период совершения противоправного деяния, «процессуальной дееспособности», показаний к назначению принудительных мер медицинского характера, проводилось сравнительное изучение групп в зависимости от экспертного решения. Использовался комплексный подход с изучением всех факторов, предшествующих правонарушению и сам период совершенного правонарушения. Оценивались личностные особенности, наследственные и этиологические факторы, наличие дополнительных экзогенных вредностей, а также факторы, влияющие на динамику заболевания, условия проживания и воспитания, наличие психогенно травмирующих ситуаций (острых или хронических, в том числе агрессивные деяния со стороны партнера) и их связь с правонарушением.

В результате проведенного исследования установлено, что средний возраст женщин, признанных «вменяемыми» - 42,9 года, «ограниченно вменяемыми» - 35,4 года, «невменяемыми» - 43,6 года.

На синдромальном уровне экспертное решение в группе невменяемых и вменяемых в равной степени определялось выраженностью когнитивных и личностных нарушений (смешанный вариант) у 62,5% вменяемых и у 39% невменяемых. Личностные (психопатоподобные) нарушения чаще были экспертно значимым среди женщин, признанных ограниченно вменяемыми (46,1%). Во всех исследуемых группах преобладал эксплозивный вариант ПОС. Когнитивные нарушения достоверно чаще выявлялись в группе невменяемых (26,9%, $p < 0,01$) в сопоставлении с группой вменяемых.

В группе женщин с ОРЛ с экспертным решением о **невменяемости** достоверно чаще в сравнении с группой вменяемых определялось наличие

перинатальной патологии (61%, $p < 0,05$), при этом наследственная отягощенность по психическим заболеваниям выявлялась реже, чем в группе вменяемых (36,6%), однако чаще по алкоголизму родителей (80,8%). Вместе с тем данная категория лиц достоверно чаще обнаруживала отставание в психическом развитии (43,9%, $p < 0,01$) в сопоставлении с группой вменяемых. Этиология заболевания имела преимущественно смешанный характер (78%), однако чаще, чем в группе вменяемых обнаруживались отдельно токсический (9,7%) и травматический (7,3%) генез. Обращает на себя внимание выявленное различие по наличию сопутствующей неврологической симптоматики у данной категории в сравнении с группой вменяемых женщин, квалифицированной как выраженные (12%, $p < 0,05$) и умеренно выраженные (58,5%) неврологические расстройства. Достоверно реже встречались нерезко выраженные неврологические нарушения (29,5%, $p < 0,01$). Значительно больше женщин данной группы в сравнении с вменяемыми и ограниченно вменяемыми, воспитывались в неполной семье – 70,7%, из них 19,5% выросли в детском доме. Большинство признанных невменяемыми женщин сообщали о воспитании в безразличных, холодных отношениях – 58,5%, либо конфликтных, с применением физического насилия (12,2%). Достоверно чаще в сравнении с группой «вменяемых» испытуемые проживали в плохих материально-бытовых условиях (56,1%, $p < 0,01$). Состоящие в браке женщины (58,5%), признанные невменяемыми, достоверно чаще указывали на конфликтные отношения с партнером, применения физической агрессии со стороны супруга (83,4%, $p < 0,05$), у них преобладала подчиненная роль в семье (95,83%, $p < 0,01$). В данной группе отмечались высокие показатели связи конфликтной ситуации в семье с правонарушением (79,17%). Также у этих женщин достоверно чаще отмечались конфликтные отношения и с собственными детьми (69,6%, $p < 0,01$). Несмотря на то, что у данных испытуемых выявлялся более высокий уровень образования (средне-специальное - 26,8%; среднее – 17%; высшее - 12,2%), абсолютное большинство из них (95,1%) к моменту проведения СПЭ не работали, у многих из них (53,6%) отсутствовал постоянный источник дохода. Таким образом, наряду с клиническими особенностями, у данной группы

женщин с ОРЛ выявлены достоверные различия по ряду социальных характеристик, что, вероятно, свидетельствует о значимости для них медико-социальных факторов.

Для формулирования экспертного вывода о **невменяемости** (неспособности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими) преимущественное значение имела выявляемая недостаточность волевых функций (94,8%), нередко сочетающаяся с выраженной интеллектуальной недостаточностью (19,5%), умеренным снижением интеллекта (75,6%). Наиболее значимыми признаками являлись глубина и тяжесть психических расстройств в момент совершения инкриминируемого деяния, интеллектуальная недостаточность в совокупности с личностными расстройствами, утриванностью личностных реакций, неспособностью к рациональной организации своего поведения, нарушенной способностью к прогнозированию и критическому осмыслению ситуации, аффективной логикой, ригидностью, некорректируемостью установок; выраженной дисгармоничностью психики, проявляющейся сочетанием психической незрелости с грубой диссоциальностью. Достоверно наибольшее экспертное значение имели когнитивные нарушения (26,9%, $p < 0,01$) включающие главным образом сочетание выраженных операциональных и динамических нарушений мышления (65,85%, $p < 0,01$), расстройство интеллектуальных способностей нередко достигало грубого дефекта (19,5%, $p < 0,05$), снижение памяти зачастую не ограничивалось нарушением воспроизведения прошлых событий (87,8%, $p < 0,05$), а нередко включало элементы нарушений фиксации текущих событий (12,2%, $p < 0,05$).

Среди всех нозологий, при которой применяется категория **ограниченной вменяемости** (ст. 22 УК РФ) по заключениям ФГБУ НМИЦ ПН им.В.П. Сербского, органическая психическая патология является наиболее частой (до 70%). Это объясняется не только большой распространенностью данной нозологии, но и частотой «пограничных» (неоднозначных) в экспертном отношении психоорганических расстройств, которые невозможно однозначно

отнести к категории «вменяемости-невменяемости». Вместе с тем стоит отметить, что по результатам нашего исследования было выявлено, что формула ограниченной вменяемости значительно реже использовалась у женщин с ОРЛ, что можно объяснить и недостаточной разработанностью ее содержательных критериев применительно именно к данному контингенту.

По результатам проведенного исследования выявлено, что при ограниченной вменяемости этиология ОРЛ всегда была связана с наличием нескольких экзогенных факторов. Однако в данной группе выявлены достоверные различия по наличию перинатальной патологии (69,3%, $p < 0,05$). Характер наследственной отягощенности в целом не отличался в сравнении с женщинами, признанных вменяемыми и невменяемыми. В данной группе среди наследственной отягощенности преобладал алкоголизм – 71,4%. У многих женщин с ОРЛ, признанных ограниченно вменяемыми обнаруживалась задержка психического развития (38,4%), они достоверно чаще обучались во вспомогательной школе (31%, $p < 0,01$). Во всех случаях вынесения экспертного решения об ограниченной вменяемости интеллектуальные нарушения квалифицировались как «умеренные», однако сопровождалась присущими для органической психической патологии волевыми расстройствами. Клиническая картина отличалась наличием помимо присущих для ОРЛ таких проявлений, как слабость мотивации, подчиняемость, подверженность мнению значимого окружения без достаточной критической их оценки. Данные черты имели значение при совершении наиболее «типичных» для них правонарушений – в абсолютном большинстве не связанных с деяниями против личности (84,62%) и часто совершенных в группе лиц (20%), где преступная роль женщин заключалась в выполнении делегированных им задач. У женщин с ОРЛ, не обнаруживавших признаков задержки психического развития, признанных ограниченно вменяемыми (61,6%), наиболее значимыми являлись когнитивные расстройства в виде нарушенной концентрации внимания, повышенной отвлекаемости, неравномерности темпа психической деятельности, поверхностность, незрелость суждений, наряду с затруднениями целостного осмысления ситуации. Нарушения мышления в равной степени были

представлены динамическими (обстоятельность, ригидность, вязкость, замедленность темпа) – 38,5% и операциональными (конкретность, легковесность, трудности абстрагирования, затруднения обобщения) - 38,5%. Реже встречалось сочетание равной степени выраженности операциональных и динамических нарушений мышления – 23%.

Вывод о недостаточной способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий основывался на выявлении «интеллектуального» компонента в виде незрелости мышления, недостаточной сформированностью морально-нравственных критериев и мотивации своего поведения, недостаточной способности к рациональному самостоятельному принятию решений; а также «волевого» критерия в виде недостаточной способности к самостоятельной регуляции своего поведения, подверженности влиянию окружения, неустойчивости, нецеленаправленности поведения, недостаточного понимания мотивов действий окружающих, неустойчивости эмоциональных проявлений во фрустрирующих ситуациях с примитивностью, конкретностью суждений на фоне недостаточности критики к своему состоянию и ситуации в целом. Стоит отметить, что нередко выявляемое у данного контингента состояние опьянения ПАВ в период инкриминируемого деяния (69,23%) являлось фактором снижения способности к произвольной регуляции поведения.

Вынесение решения об «уголовно-процессуальной дееспособности» у всей совокупности обследованных заключалось в констатации ее сохранности, однако при этом практически всегда принималось решение о необходимости назначения мер медицинского характера (92,3%). Данный показатель оказался значительно выше в сравнении с мужской выборкой (по данным литературы), что можно объяснить большей уязвимостью женщин к психогенно травмирующим факторам, в частности, ситуации привлечения к уголовной ответственности, частым обострением имеющихся у них сомато-неврологических и эндокринных заболеваний, утяжеляющих проявления органической патологии в условиях лишения свободы, а также способствующих формированию прогредиентного

течения ОРЛ. В таком случае существенное значение в клинической картине ОРЛ имело наличие проблем самостоятельной регуляции и организации своего поведения, выраженные нарушения межличностного взаимодействия, недостаточная корригируемость расстройств поведения, склонность к дезорганизации психической деятельности в субъективно сложных ситуациях, нарушения социального функционирования, динамичность клинических проявлений с недостаточностью адекватной оценки имеющихся у них психопатологических проявлений и неполноценностью прогностических способностей, сложностей целостного понимания сложившейся ситуации и своего положения.

Наименьшие затруднения возникали при вынесении экспертного решения о «вменяемости», т.е. сохранной способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими (47%). Было установлено, что для данной группы женщин более характерно наличие удовлетворительных (70,9%, $p < 0,01$) и хороших (2,1%) материально-бытовых условий проживания. Большинство из них (56,3%) проживали в семьях, однако каждая вторая из них (58,62%) состояла в незарегистрированном браке, при этом значительно чаще в сравнении с группой невменяемых у них в семье были теплые, доброжелательные отношения с мужем (27,58%, $p = 0,0740$), они реже имели подчиненную роль в семье (68,9%, $p < 0,05$). Имеющие детей женщины данной группы (70,8%) реже сообщали о конфликтных с ними отношениях (35,29%, $p < 0,05$). У них отмечается более высокий уровень образования в целом (преобладало средне-специальное 39,5% и среднее – 29%), достоверно реже они обучались во вспомогательной школе (4,1%, $p < 0,01$). Достоверно реже, чем женщины с ОРЛ без криминального анамнеза ($p < 0,01$), но чаще, чем в группах ограниченно вменяемых и невменяемых они имели постоянное место работы (18,75%, $p < 0,05$). Интересно, что изолированно сосудистый генез заболевания был выявлен только в данной группе (10,4%), что, вероятно, можно отнести к особенностям типа течения «сосудистых» органических поражений головного мозга, относительно меньшую тяжесть личностных нарушений. Начало

формирования ОРЛ в сравнении с группой ограниченно вменяемых достоверно чаще приходилось на период после 18 лет (64,6%, $p < 0,05$), достоверно реже отмечалось отставание в психическом развитии в детском возрасте (14,6%, $p < 0,01$). Таким образом, преобладание в целом более благоприятных социальных факторов может свидетельствовать об их опосредованной роли в особенностях клинической картины заболевания, имеющей значение в экспертном решении – отсутствие неблагоприятных условий воспитания, проживания, трудовой деятельности в группе вменяемых. Клиническая картина главным образом была представлена менее глубокими эмоционально-волевыми и когнитивными нарушениями органического генеза. Достоверно чаще у них отмечалась нерезко выраженная неврологическая симптоматика (68,75%, $p < 0,01$), в большинстве случаев отсутствовали сопутствующие заболевания эндокринной системы (81,25%). Лишь у 35,4% выявлялись заболевания сердечно-сосудистой системы. Токсический фактор выявлялся в 70,8% случаев, достоверных различий между подгруппами по экспертному решению выявлено не было, что в целом отражает высокий уровень наличия коморбидности синдрома зависимости от ПАВ у женщин с ОРЛ, совершивших правонарушения, и значимость токсического воздействия при данной патологии. Интересно, что результаты инструментальных обследований также свидетельствуют о большей сохранности сомато-неврологической сферы в подгруппе вменяемых женщин. Так, по результатам МРТ исследования достоверно чаще выявлялось отсутствие каких-либо изменений в головном мозге (20%, $p < 0,01$).

Обоснование экспертного решения о вменяемости достоверно реже было сопряжено с выделением экспертно наиболее значимых расстройств когнитивной сферы (4,17%, $p < 0,01$). Нарушения мышления достоверно чаще ограничивались наличием операциональных нарушений в виде конкретности, легковесности суждений, трудностей абстрагирования, затруднения обобщения (62,5%, $p < 0,01$). Нарушения памяти не затрагивали способность фиксации текущей информации (100%, $p < 0,05$). В данной группе степень выраженности расстройств эмоционально-волевых функций, церебральной симптоматики,

интеллектуально-мнестического снижения не влияло на уровень психической организации в целом, отмечалась общая сохранность критико-прогностических способностей, позволяющая данной группе женщин в период инкриминируемого им деяния адекватно оценивать ситуацию.

Таким образом, обоснование способности женщин с изучаемой патологией осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими осуществляется через последовательный анализ множества факторов с учетом психопатологических, клинико-динамических характеристик. Немаловажное значение у женщин с ОРЛ приобретает взаимное влияние психической патологии и социальных факторов с учетом динамики состояния, уровня социальной адаптации, присутствия токсического фактора, а также личностной значимости актуальной криминальной ситуации.

Резюмируя приведенные данные, следует отметить, что судебно-психиатрическая оценка женщин с ОРЛ имеет дифференцированный характер с учетом анализа имеющих для женщин особую значимость психотравмирующих факторов (негативный эмоциональный опыт детства с эпизодами жестокого обращения, виктимностью, воспитанием в условиях хронической психогении с нарушением парентинга; внутрисемейные проблемы с зависимостью партнера от ПАВ, конфликтными ситуациями с применением физической силы со стороны партнера, низким уровнем дохода семьи; социальная депривация или дефицит социальной поддержки), а также важность учета влияния социальных факторов на реализацию криминального поведения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Целью настоящего исследования являлись разработка критериев диагностики и судебно-психиатрической оценки органического расстройства личности, описание синдромальной специфики и особенностей возрастной динамики у женщин с органическим расстройством личности, совершивших противоправные деяния в соотнесении с критериями экспертной оценки вменяемости, невменяемости, ограниченной вменяемости. Задачами исследования также являлось проведение клинко-психопатологического анализа особенностей ОРЛ у женщин, совершивших правонарушения, определение механизмов агрессивных действий, характера правонарушения, а также сравнительный анализ социальных факторов, имеющих значение для становления криминального поведения и реализации правонарушения.

На базе ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России обследованы 102 подэкспертные в возрасте от 18 до 68 лет, проходившие стационарную судебно-психиатрическую экспертизу по уголовным делам в качестве подозреваемых и обвиняемых в период с 2016 г. по 2019 г. (все случаи собственные наблюдения); из них была сформирована группа исследования.

Критериями отбора были женский пол, диагноз ОРЛ, установленный при проведении СПЭ в рамках уголовных дел у обвиняемых и подозреваемых.

По данным архива филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им В.П. Сербского» Минздрава России (Московского научно-исследовательского института психиатрии), была набрана группа сопоставления из 50 женщин с установленным диагнозом: «Органическое расстройство личности», не имеющих криминального анамнеза.

Для выполнения работы была разработана карта исследования, включающая социально-демографические, конституционально-биологические характеристики, наркологический анамнез, а также данные о характере совершённых противоправных действий и результаты проведенной судебно-психиатрической экспертизы.

В качестве основных **методов исследования** использованы: клинико-психопатологический, клинико-социальный, психометрический (Montreal Cognitive Assessment (MoCa) - Монреальская шкала), неврологический, общесоматический и статистический. Визуализация данных и статистическая обработка данных выполнена с использованием программ SPSS и Microsoft Excel. Определение статистической достоверности различий сравниваемых величин осуществлялось с использованием Chi-square test (для малых чисел был использован Fisher-s exact test). При сравнениях количественных значений использовали непараметрический U-критерий Манна – Уитни (Mann–Whitney U-test) для оценки различий между двумя независимыми выборками.

Исходя из задач исследования материал исследования был сгруппирован в зависимости от наличия криминального анамнеза (основная группа – женщины с ОРЛ, совершившие правонарушения, проходившие СПЭ в ФГБУ «НМИЦ ПН им В.П. Сербского» Минздрава России, группа сопоставления – женщины с ОРЛ, проходившие амбулаторное и стационарное лечение в Московском научно-исследовательском институте психиатрии); по времени начала действия значимой экзогенной вредности (женщины с ОРЛ, совершившие правонарушения, у которых начало действия экзогенных вредностей пришлось на период до 18 лет и женщины с ОРЛ, совершившие правонарушения, у которых начало действия экзогенных вредностей пришлось на период после 18 лет) и по экспертному решению (женщины с ОРЛ, совершившие правонарушения, по результатам СПЭ признанные вменяемыми, невменяемыми, ограниченно вменяемыми). Помимо этого, проводилось сравнение выявленных данных с аналогичными показателями, полученными при изучении ОРЛ на мужской выборке (по данным литературы), сопоставимой по основным характеристикам с основной группой исследования. Проводился последовательный анализ основных характеристик и подробное сравнение указанных групп.

У всех женщин исследованной выборки при верифицированном этиологическом факторе (экзогенные вредности, в том числе сочетанного характера) на протяжении шести и более месяцев отмечались (в соответствии с

критериями МКБ-10) типичные для ОРЛ личностные (характерологические, психопатоподобные) изменения, которые выражались в заострении преморбидных черт личности, появлении эмоциональной лабильности с низким порогом аффекта, утратой контроля над импульсами и побуждениями, либо в формировании апатии, ухудшения прогноза собственного поведения по отношению к окружающим; когнитивные нарушения с конкретностью, ригидностью, торпидностью, вязкостью мышления, замедлением психических процессов, снижением памяти.

Выбор алгоритма исследования с подробным изложением медико-социальных характеристик обследованных был обусловлен его задачами, установленной (по результатам предыдущих работ) особой значимостью социальных факторов в формировании криминального поведения женщин.

Установлено, что женщины с криминальным анамнезом достоверно чаще воспитывались в неполной семье (43,14%, $p < 0,01$), с преобладанием безразличных, холодных (50,98%, $p < 0,01$), конфликтных отношений, с проявлением агрессии, физического насилия (11,76%, $p < 0,05$); материально-бытовые условия в семьях обследованных были преимущественно плохими (41,18%, $p < 0,01$) и превалировали у признанных невменяемыми (экскульпированных) (56,1%, $p < 0,01$).

Женщины с криминальным анамнезом достоверно чаще состояли в брачных отношениях (58,8%, $p < 0,01$) с преобладанием незарегистрированного брака (31,37%, $p < 0,01$), с конфликтными, с применением агрессии, физического насилия со стороны супруга, отношениями (65%, $p < 0,01$), подчиненной ролью женщины в семье (80%, $p < 0,01$). Полученные данные дополняют результаты изучения связи конфликтной ситуации в семье с правонарушением, достоверно чаще выявленной у женщин с ОРЛ, начало развития которого пришлось на детский и подростковый период (до 18 лет) – 81,48% ($p < 0,05$). Это, вероятно, может быть связано с наибольшей выраженностью у данной категории женщин психопатоподобных (личностных) нарушений, наличием у них высокой фрустрационной чувствительности, недостаточной толерантностью к острым

психотравмирующим переживаниям, а также с проблемами волевого и интеллектуального контроля за своим поведением.

Глубину и тяжесть психических нарушений у обследованных отражают и уровень их социальной адаптации и дезадаптации - трудовая занятость, наличие источника средств к существованию, уровень образования. Наиболее достоверные в этом отношении различия выявлены при сравнении групп основной и сопоставления (женщины без криминального анамнеза). Так, у женщин, совершивших правонарушения, выявлено выраженное снижение социального функционирования у 42,16% ($p < 0,01$). У них обнаружен более низкий уровень образования с преобладанием средне-специального – 31%, среднего – 26% ($p < 0,01$), неоконченного среднего – 9% ($p < 0,05$), обучение во вспомогательной школе – в 17% ($p < 0,01$). Большинство из них не имели источника средств к существованию – 64,7% ($p < 0,01$), постоянного места работы - 92,16% ($p < 0,01$). Уровень их образования зависел от возраста перенесенных экзогенных вредностей, выраженности клинических проявлений на ранних этапах заболевания. Обучение во вспомогательной школе достоверно чаще имело место у женщин с началом действия экзогенных вредностей в более раннем периоде жизни (до 18 лет) – 31,37% ($p < 0,01$); в данной группе обследованных чаще имело место неоконченное среднее образование – 15,69% ($p < 0,05$), у большинства из них отсутствовал источник средств к существованию – 82,36% ($p < 0,01$). Более низкий уровень образования у данных женщин отражал характер протекания раннего развития, достоверно чаще имеющий признаки отставания в психическом развитии – 56,86% ($p < 0,01$).

Таким образом, среди условий, определяющих общественную опасность исследованных женщин с ОРЛ, большое значение имели множество социальных факторов: низкий уровень образования, несформированность трудовых установок, отсутствие подготовки по какой-либо определенной специальности, социальная дезадаптация (трудовая, бытовая, семейная), неблагоприятные условия проживания с внутрисемейным насилием. У данной категории обследованных отмечалась тесная взаимосвязь клинических и социальных

факторов, взаимообусловленность которых определяла в конечном итоге социальный статус и поведение этой категории женщин, что имело важное значение при оценке их психического состояния в период совершения инкриминируемого деяния и на этапе принятия экспертного решения.

У обследованных основной группы преобладал смешанный генез заболевания – 82,6% ($p < 0,01$); кроме того - достоверно чаще в сравнении с мужчинами (по данным литературы) – его изолированный сосудистый генез – 9,8% ($p < 0,01$), в том числе, при более позднем развитии ОРЛ (после 18 лет) – 13,37% ($p < 0,01$). Достоверно чаще у обследованных основной группы выявлено употребление ПАВ – 77,45% ($p < 0,01$); при этом алкоголизм чаще встречался в группе женщин с началом развития ОРЛ после 18 лет – 100% ($p < 0,01$), тогда как наркомания - у женщин с ОРЛ, обусловленных действием экзогенных вредностей в период до 18 лет – 16,67% ($p < 0,01$).

Значительные отличия в структуре психоорганического синдрома выявлялись при сравнении групп женщин с учетом их криминального анамнеза. Женщины с ОРЛ, совершившие правонарушения, достоверно чаще обнаруживали эксплозивный (87,25%, $p < 0,01$) вариант синдрома, значительно реже – апатический (2%, $p < 0,01$) и астенический (5,85%, $p < 0,01$).

При сопоставлении обследованных женщин основной группы с выборкой лиц мужского пола (по данным литературы) установлено, что их средний возраст значительно выше (41,6 года - у женщин; 32,6 года - у мужчин); они совершают правонарушения на более отдаленных этапах заболевания; достоверно чаще признаются невменяемыми (40,2%, $p < 0,01$), значительно реже - ограниченно вменяемыми (12,5%, $p < 0,05$).

Как показало исследование, в случае действия неблагоприятных экзогенных факторов в более раннем (детском и подростковом) возрасте церебральные и психопатологические проявления, в структуре которых существенное место имели эмоционально-волевые и интеллектуально-мнестические расстройства, во многом определяли дальнейшее поведение, круг интересов и окружение изучаемого контингента; выраженность личностных нарушений определяла

школьную дезадаптацию обследованных, прекращение их обучения в подростковом возрасте. Предоставленные сами себе в ситуации отсутствия надлежащего контроля взрослых, они нередко оказывались среди старших по возрасту лиц, имеющих антисоциальные наклонности, благодаря чему усваивали и закрепляли асоциальные модели поведения. Таким образом, к моменту отчетливого формирования ОРЛ (в соответствии с критериями МКБ-10) у данной категории обследованных отмечались значительные затруднения социальной адаптации, в последующем многие из них не удерживались на работе, у них закреплялись установки к праздному времяпрепровождению, что и определяло их материально-бытовую неустроенность, низкое качество жизни. Более половины этих женщин проживали в неудовлетворительных материально-бытовых условиях (51%, $p < 0,01$), у большинства - отсутствовал источник средств к существованию (82,35%, $p < 0,01$). Каждая третья из обследованных с началом ОРЛ в возрасте до 18 лет, состояла в КДН (комиссии по делам несовершеннолетних) - 33,33% ($p < 0,01$). В последующем у них зачастую отмечалось усугубление психопатологических проявлений в связи с злоупотреблением алкоголем (83,33%, $p < 0,01$), употреблением наркотиков (16,67%, $p < 0,01$), и, как следствие, - совершение повторных правонарушений, нередко более тяжких (66,67%, $p < 0,01$).

У женщин с ОРЛ с началом развития заболевания после 18 лет, в случае присоединения токсического фактора (72,55%) происходило не только ухудшение течения заболевания в целом, но и резкое снижение морально-этических установок, определяющих соответствующее микросредовое окружение, уровень трудовой и семейной дезадаптации. Большинство имеющих семью женщин данной группы сообщали о безразличных и холодных отношениях в семье с супругом (54,6%, $p < 0,05$), не занимались воспитанием своих детей, не имели условий для их материального обеспечения, так как не работали, в большинстве случаев - злоупотребляли спиртными напитками (72,55%), вели асоциальный образ жизни, усваивали деформированные личностные установки относительно семейных ценностей. Почти каждая четвертая (22,86%) из них была лишена родительских прав в отношении собственных детей.

Динамика заболевания у женщин, совершивших правонарушения, характеризовалась усугублением симптоматики в периоды эндокринных сдвигов, о чем свидетельствовали результаты ретроспективной оценки характера пубертатного криза, а также сведения о протекании климактерического периода. Ухудшение психического состояния отмечалось у всех женщин с ОРЛ, совершивших правонарушения, в предменструальный период. Климактерический период у обследованных основной выборки характеризовался в целом более ранним началом, утяжелением имеющихся психопатологических проявлений, появлением тенденции к ипохондрическим включениям в клиническую картину ОРЛ, присоединением выраженных аффективных нарушений с тенденцией к сниженному настроению. На динамику ОРЛ неблагоприятное влияние оказывали и дополнительные экзогенные факторы: черепно-мозговые травмы (особенно с повреждением нелицевой части черепа), употребление ПАВ, присоединение или ухудшение имеющейся сопутствующей соматической, неврологической, эндокринной патологии, хронические и острые психотравмирующие события.

Изучение особенностей криминальной активности женщин с ОРЛ показало, что наиболее часто ими совершаются агрессивные правонарушения (71,57%). При этом тяжкие ООД (убийства, попытки убийства, тяжкие телесные повреждения) были совершены в случаях, где в клинической картине ОРЛ имел место взрывной вариант психопатоподобного синдрома – 58,82%, тогда как неагрессивные деяния – при смешанном (9,8%) и зависимом (6,9%) вариантах синдрома.

Вместе с тем общественная опасность женщин с ОРЛ зависела как от ведущего психопатологического синдрома, так и от особенностей течения, этапов болезни, ряда социальных факторов. В группе женщин с ОРЛ, при котором начало действия экзогенных вредностей пришлось на период до 18 лет, агрессивные правонарушения (64,7%, $p=0,1$) в большинстве случаев были обусловлены выраженными эмоционально-волевыми нарушениями, легкостью возникновения реакций раздражения с дисфорией, а также присущими данному контингенту обследованных повышенной внушаемостью, подчиняемостью, слабостью

мотивации поступков, проблемами волевого контроля над своими действиями, неустойчивостью жизненного и поведенческого стереотипов. Неагрессивные правонарушения (35,3%, $p=0,1$) в большей степени отражали их социальную дезадаптацию. При ОРЛ, начало развития которого пришлось на период после 18 лет, агрессивные правонарушения (78,4%, $p=0,1$) ассоциированы с более прогрессивным типом течения болезни, присоединением хронического алкоголизма, на фоне которого происходило грубое морально-этическое огрубление.

Анализ взаимосвязи особенностей клинических проявлений ОРЛ и характера правонарушения показал, что наиболее тяжкие агрессивные правонарушения (убийства, попытки убийства) совершали женщины, у которых экспертно наиболее значимым выявлялся взрывчатый вариант психопатоподобного синдрома (личностных нарушений). Преобладающий экспертно значимый синдром личностных нарушений (психопатоподобный) чаще выявлялся в группе с ОРЛ с началом заболевания до 18 лет (45,1%, $p<0,01$).

Когнитивные нарушения достоверно чаще были экспертно значимыми в группе с ОРЛ, начало развития которого пришлось на период после 18 лет (29,41%, $p<0,01$). При экспертно значимом синдроме когнитивных нарушений (16,67%) более типичными оказались неагрессивные правонарушения (94,12%). Их реализация в большей степени определялась выраженным интеллектуально-мнестическим снижением на фоне множества дополнительных экзогенных вредностей: выраженная сопутствующая сомато-неврологическая патология – 76,47%; эндокринные сдвиги, главным образом в связи с наступлением климактерического периода – 80,39%; обострением имеющихся и появлением новых эндокринопатий – 25,49%; алкоголизацией – 72,54%; выраженной асоциальностью с неблагоприятными условиями проживания, невозможностью получения медицинской помощи – 31,37%. Актуальные когнитивные нарушения у этих обследованных являлись предпосылкой экскульпации в 26,9% наблюдений ($p<0,01$; сопоставление с группой вменяемых).

Анализ роли особенностей клинических проявлений ОРЛ при принятии экспертного решения показал, что при экспертно значимых личностных расстройствах для экскульпации (ст.21 УК РФ) имеют значение утриванность личностных реакций, неспособность к рациональной организации своего поведения, нарушенная способность к прогнозированию и критическому осмыслению ситуации; аффективная логика, ригидность, некорректируемость установок; выраженная дисгармоничность психики, проявляющаяся сочетанием психической незрелости с грубой диссоциальностью. Кроме того, как однозначно неблагоприятный признак (повышающий вероятность признания лица невменяемым) по данным исследования является факт коморбидности органического психического расстройства с зависимостью от алкоголя и ПАВ, а также наличие дополнительных психотравмирующих событий (главным образом внутрисемейного плана), определяющих неблагоприятную динамику заболевания, утяжеление клинических проявлений ОРЛ, повышающих уровень социальной, семейной, бытовой дезадаптации обследованных.

Вероятность решений о неспособности женщин с ОРЛ к произвольной регуляции своего поведения в период инкриминируемого деяния была достоверно выше и для обследованных с ОРЛ, когда экспертно более значимыми оказались когнитивные нарушения, прежде всего - в группе лиц с началом действия экзогенных вредностей в период после 18 лет.

Критерии «ограниченной вменяемости» (ст. 22 УК РФ), по результатам исследования, соотносятся не столько с личностной незрелостью, дефицитарностью в связи с этим логических построений, поведенческих стереотипов, прогностических способностей, сколько с неспособностью обследованных к организации своего поведения в силу тяжести личностных (психопатоподобных) расстройств, такими их проявлениями как недостаточно контролируемая возбудимость, проблемы волевого контроля в ситуации конфликта на фоне низкого уровня интеллектуального контроля, трудностей рационального разрешения фрустрирующей ситуации, особой значимости

собственных убеждений и требований, устоявшихся диссоциальных установок в сочетании с недостаточностью критики.

Психопатоподобные (личностные) нарушения были экспертно значимы при признании лица ограниченно вменяемым у женщин с ОРЛ, при котором начало действия экзогенных вредностей пришлось на период до 18 лет, главным образом при сочетании с неблагоприятными условиями воспитания и проживания, усвоением паттернов криминального поведения в семье, подверженности одновременно нескольким экзогенно-органическим вредностям с формированием смешанного типа ОРЛ. Кроме того, у женщин с ОРЛ, при котором начало действия экзогенных вредностей пришлось на период до 18 лет, высоко вероятностной предпосылкой применения ст. 22 УК РФ оказались экспертно значимые когнитивные нарушения.

Таким образом, может быть выделен ряд клинико-социальных факторов, повышающих степень риска ООД обследованного контингента: ранний возраст начала воздействия экзогенных вредностей, взрывной вариант психопатоподобных проявлений на фоне интеллектуально-мнестических нарушений, эндокринные изменения в женском организме, сопутствующая неврологическая, соматическая патология, зависимость от ПАВ, прогрессивный тип течения болезни, социальная дезадаптация, отрицательное микросредовое окружение, отсутствие своевременной медицинской помощи.

Судебно-психиатрическая оценка женщин с ОРЛ, совершивших правонарушения, сопряжена с комплексным анализом целого ряда факторов. В генезе общественно опасных деяний большое значение имеют клинико-социальные факторы, что наиболее четко прослеживается в группе женщин с ОРЛ, начало развития которого приходится на период до 18 лет. У женщин с ОРЛ и началом развития заболевания после 18 лет, ведущими являются клинические факторы: интеллектуально-мнестические и личностные (психопатоподобные) нарушения, особенности динамики с тенденцией к обострению в инволюционный период, а также усугубление заболевания в связи с присоединением зависимости от алкоголя. Судебно-психиатрическая экспертная оценка ОРЛ у женщин,

совершивших правонарушение, носит дифференцированный характер с учетом анализа имеющих для них особую значимость психотравмирующих факторов (негативный эмоциональный опыт детства с эпизодами жестокого обращения, виктимностью, воспитанием в условиях хронической психогении с нарушением парентинга; внутрисемейные проблемы с зависимостью партнера от ПАВ, конфликтными ситуациями с применением физической силы со стороны партнера, низким уровнем дохода семьи; социальная депривация или дефицит социальной поддержки), а также важность учета влияния социальных факторов на реализацию криминального поведения.

ВЫВОДЫ

1. Органическое расстройство личности у женщин в популяции и в судебно-психиатрической практике встречается реже, чем у мужчин; для них характерны смешанный генез заболевания, актуальность сердечно-сосудистого этиологического фактора.

Неблагоприятные биологические, социальные факторы определяют уязвимость женщин к воздействию значимых психотравмирующих событий, оказывающих влияние как на динамику ОРЛ в целом, так и на характер их противоправной активности. При становлении органического расстройства личности у женщин в возрасте до 18 лет клинико-динамические параметры и тяжесть заболевания в наибольшей степени определяются влиянием неблагоприятных социальных факторов, в зрелом возрасте - совокупностью биологических факторов и психотравмирующих событий.

2. Для формирования противоправного поведения женщин с ОРЛ наиболее значимыми являются: сосуществование в клинической картине выраженных когнитивных и личностных нарушений; наличие зависимости от психоактивных веществ; специфические для пола эндокринные изменения, неблагоприятное влияние специфических социальных факторов - воспитание в условиях отрицательного микросредового окружения с усвоением с раннего возраста антиобщественных личностных установок, закреплением имеющих проблем выработки приемлемых форм разрешения межличностных конфликтов; психотравмирующие события жизни, усугубляющие типичные проблемы социальной адаптации, зависимость от ПАВ, социальная дезадаптация, отсутствие своевременной медицинской помощи.

3. Женщины с ОРЛ чаще совершают агрессивные правонарушения; наиболее тяжкие - при ведущем эксплозивном варианте психопатоподобного синдрома; потерпевшие в этих случаях часто состоят в родственной, эмоциональной или интимной связи с обвиняемыми; инкриминируемые деяния последних нередко носят защитный характер.

Противоправные деяния неагрессивного характера у женщин с ОРЛ с началом заболевания в возрасте до 18 лет соотносятся с их социальной дезадаптацией; реализация агрессивных правонарушений – с выраженностью эмоционально-волевых нарушений, легкостью возникновения реакций раздражения с дисфорией, проблемами волевого контроля своих действий, неустойчивостью жизненного и поведенческого стереотипов, усугублением перечисленной совокупности проблем при наличии синдрома зависимости от ПАВ.

При ОРЛ с началом заболевания после 18 лет в генезе противоправных деяний неагрессивного характера имеют значение: актуальные когнитивные нарушения обследованных с нарушением их адаптации, асоциальностью, неблагоприятными условиями проживания на фоне множества дополнительных экзогенных вредностей (выраженная сопутствующая сомато-неврологическая патология, эндокринные изменения, алкоголизация). Наиболее тяжкие правонарушения агрессивного характера обследованными этой выборки совершаются при неблагоприятном течении болезни (прогредиентном, стационарном типе течения с выраженной психопатологической симптоматикой), наличии хронических и острых психотравмирующих обстоятельств.

4. Экспертное решение в отношении женщин с ОРЛ, совершивших правонарушения, выносится на основании анализа комплекса клинических (синдромальных), личностно-психологических, биологических, социальных и ситуационных факторов.

Решение о неспособности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими при совершении правонарушения (в соответствии со ст.21 УК РФ) определяется: сочетанием выраженных психических расстройств (личностных, когнитивных) с такими значимыми для экскульпации критериями как неспособность к рациональной организации своего поведения, к прогнозированию и критическому осмыслению ситуации; а также некорректируемость установок; выраженная дисгармоничность психики (сочетание психической незрелости с грубой диссоциальностью),

наличие коморбидной патологии в форме зависимости от алкоголя и ПАВ, дополнительных внутрисемейных психотравмирующих факторов, определяющих неблагоприятную динамику заболевания, утяжеление клинических проявлений ОРЛ, усугубление дезадаптации обследованных.

Критерии «ограниченной вменяемости» (ст. 22 УК РФ) у обследованных женщин с ОРЛ отражают их недостаточную способность к организации своего поведения при совершении правонарушения в силу их личностной незрелости, дефицитарности в связи с этим логических построений, поведенческих стереотипов, прогностических способностей, кроме того - таких проявлений органических психических расстройств как недостаточно контролируемая возбудимость в ситуации конфликта на фоне трудностей рационального разрешения фрустрирующей ситуации, особой значимости собственных убеждений и требований, устоявшихся диссоциальных установок.

5. Женщинам с ОРЛ, признанным невменяемыми и ограниченно вменяемыми, рекомендуется назначение принудительных мер медицинского характера, что обусловлено их большей уязвимостью к психогенно травмирующим факторам (в том числе и в ситуации привлечения к уголовной ответственности), склонностью к дезорганизации психической деятельности в субъективно сложных ситуациях, к частым обострениям имеющихся у них сомато-неврологических и эндокринных заболеваний, способствующих прогрессивности течения ОРЛ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абраменко, Ю.В. Особенности клинико-нейропсихологических нарушений у мужчин и женщин на ранних стадиях дисциркуляторной энцефалопатии / Ю.В. Абраменко, Н.А. Яковлев // Вестник новых медицинских технологий. – 2008. - Т. XV. - № 3, - С. 185-187.
2. Абраменко, Ю.В. Когнитивные и эмоциональные расстройства у мужчин и женщин с дисциркуляторной энцефалопатией / Ю.В. Абраменко, Н.А. Яковлев // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. - 2012. - С. 70-74.
3. Андреева, Е.С. Судебно-психиатрическая оценка органического психического расстройства в соответствии со ст. 22 УК РФ: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Андреева Елена Станиславовна. – М., 2000. - 28 с.
4. Андреева, Е.С. Судебно-психиатрическая оценка органического психического расстройства в соответствии со ст. 22 УК РФ: дисс. ... канд. мед. наук / Андреева Елена Станиславовна. – М., 2000.
5. Антонян, Ю.М. Преступность среди женщин: учебник / Ю.М. Антонян - М.: Рос. Гос. Гуманит. Ун-т, 1992. – 395с.
6. Ахременко, К.В. Качество жизни пациентов, страдающих органической патологией головного мозга / К.В. Ахременко, Т.Е. Потемина // Вестник новых медицинских технологий. - 2015. - Т. 22. - № 1. - С. 111-115.
7. Багрий, Н.В. О клинической аргументации инвалидности больных травматической болезнью головного мозга в отдаленном периоде / Н.В. Багрий // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2006. - № 1. С.62–64.
8. Баканов, М.Ю. Клинико-динамические закономерности психотических форм органических психических расстройств: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Баканов Михаил Юрьевич. – М., 2001. - 27 с.
9. Балашов, П.П. Особенности формирования экзогенно-органических психических расстройств в условиях севера Сибири / П.П. Балашов // Сб. науч. трудов. - 2011.

10. Белов, В.П. Динамика и судебно-психиатрическое значение церебрально-органической патологии травматического генеза / В.П. Белов // Проблемы вменяемости в судебной психиатрии: сб. науч. трудов. М., 1983. - С. 79-86.
11. Белов, В.П. Психопатоподобные состояния при органических поражениях головного мозга в судебно-психиатрической практике / В.П. Белов // Судебно-психиатрическая экспертиза: сб. науч. трудов. М., 1978. - №30. - С. 3-12.
12. Белов, В.П. Факторы и варианты психогенных нарушений на различных этапах травматической болезни головного мозга / В.П. Белов // Психогенные (реактивные) заболевания на измененной «почве»: сб. науч. трудов Воронеж, - 1982.- Вып.2. - С.193-197.
13. Белов, В.П. Социальные и трудовые последствия тяжелой черепно-мозговой травмы / В.П. Белов // Актуальные вопросы профилактики и лечения основных психических болезней: сб. науч. трудов. - М., -1986. -С. 5-10.
14. Белов, В.П. Церебральный атеросклероз в судебно-психиатрической практике / В.П. Белов // Судебно-психиатрическая экспертиза лиц пожилого и старческого возраста: сб. науч. трудов. - М., - 1981. - №37. -С.18-24.
15. Белов, В.П. Хронический алкоголизм как фактор социальной дезадаптации лиц с отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы / В.П. Белов // Сб. науч. трудов 1-й съезд невропатологов и психиатров Молдавии. Кишинев. - 1981. - Т.2. - С.21-22.
16. Белова, Л.А. Нейровизуализационные корреляты различных стадий гипертонической дисциркуляторной энцефалопатии / Л.А. Белова, В.В. Машин, М.Ю. Моисеев, А.Н. Прошин, Анжело Скудери // Ульяновский медико-биологический журнал. - 2016. - №1. - С. 65-74.
17. Беребин, М. А. Разработка алгоритма табличного метода дифференциальной диагностики органического расстройства личности и его реализация в форме компьютерной экспертной системы / М. А. Беребин, А. Ю. Рязанова // Вестник ЮУрГУ. Серия Компьютерные технологии, управление, радиоэлектроника. - 2008.- Вып. 7. № 3.- С. 51-53.

- 18.Березина, И.Ю. Нейрофизиологические механизмы нарушения когнитивной деятельности при органическом поражении головного мозга: автореф. дис. ... канд. биологич. наук: 19.00.02 / Березина Ирина Юрьевна. – М., 2006. - 19 с.
- 19.Берсенева, Ю.А. Судебно-психиатрическая оценка обвиняемых, страдающих органическим расстройством личности (клинико-нейрофизиологическое исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Берсенева Юлия Александровна. – М., - 2004. - 24 с.
- 20.Берсенева, Ю.А. Судебно-психиатрическая оценка обвиняемых, страдающих органическим расстройством личности (клинико-нейрофизиологическое исследование): дисс. ... канд. мед. наук / Берсенева Юлия Александровна. – М., 2004.
- 21.Бровин, А.Н. Клинико-экспертные особенности, профилактика инвалидности и реабилитация больных с органическим расстройством личности: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Бровин Александр Николаевич. – СПб., - 2009. - 24 с.
- 22.Бугрова, С.Г. Умеренные когнитивные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии / С.Г. Бугрова // Российский медицинский журнал. - 2008. - № 26. - С. 1726.
- 23.Бугрова, С.Г. Мультиспиральная компьютерная томография в диагностике сосудистых умеренных когнитивных нарушений / С.Г. Бугрова // Клиническая геронтология. - 2009. - Т. 15. - №10-11. - С. 22-24.
- 24.Бугрова, С.Г. Магнитно-резонансная томография в диагностике когнитивных расстройств при дисциркуляторной энцефалопатии / С.Г. Бугрова // Клиническая геронтология. - 2009. - Т. 15. - №10-11. - С.29-31.
- 25.Булатова, М.В. Клиническое и судебно-психиатрическое значение органического расстройства личности в подростковом возрасте: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.01.06 / Булатова Мария Владимировна. – М. 2012. - 20 с.
- 26.Буторина, Н.Е. Резидуально-органический психосиндром в клинической психиатрии детского и подросткового возраста / Н.Е. Буторина. - Челябинск: АТОКСО. - 2008. - 192 с.

- 27.Буторина, Н.Е. Органическое расстройство личности и многоосевая квалификационная система / Н.Е. Буторина, И.В. Куприн // Российский психиатрический журнал. - 2002. - №5. - С. 7-11.
- 28.Буторин, Г.Г. Формирование органического расстройства личности у подростков в контексте многоосевого диагноза / Г.Г. Буторин, Н.В. Калинина // Вестник Кемеровского государственного университета. - 2013. - № 4-1 (56). - С. 106-112.
- 29.Вандыш, В.В. Сравнительная характеристика психопатоподобных состояний раннего резидуально-органического генеза, осложненных и не осложненных алкоголизмом в подростковом возрасте: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.01.06 / Вандыш Василий Васильевич. – М. - 1979. - 21 с.
- 30.Вандыш, В.В. Ранние резидуально-органические состояния у подростков, осложненные формирующимся алкоголизмом / В.В. Вандыш // Клиническое и судебно-психиатрическое значение органического поражения головного мозга: сб. науч. трудов. - М., - 1982. - С. 56-64.
- 31.Вандыш, В.В. К характеристике микросредовых влияний при психогенных развитиях у подростков с органическим поражением головного мозга / В.В. Вандыш // Социокультурные проблемы современной психиатрии. Научные Кербиковские чтения: сб. науч. трудов. - М., - 1994. - С.17-18.
- 32.Вандыш-Бубко, В.В. Пограничные психические расстройства у подростков при ранних резидуально-органических поражениях головного мозга: дис. ... д-ра мед. наук / Вандыш-Бубко Василий Васильевич. – М., - 1994. - 24 с.
- 33.Вандыш-Бубко, В.В. Судебно-психиатрическая оценка лиц с органическим психическим расстройством, не исключающим вменяемость (ст. 22 УК РФ): пособие для врачей / В.В. Вандыш-Бубко, Е.С. Андреева. – М., 2001. – 40 с.
- 34.Вандыш, В.В. Декомпенсации органических психических расстройств в судебно-психиатрической экспертизе / В.В. Вандыш, З.Д. Чхиквадзе // Аналитический обзор. - М.: ГНЦ ССП им.В.П. Сербского, 2005. - 47 с.
- 35.Вандыш-Бубко, В.В. Дефицитарные органические психические расстройства (систематика, принципы экстренной оценки) / В.В. Вандыш-Бубко, А.А.

- Григоров // Аналитический обзор. - М.: ГНЦ ССП им.В.П. Сербского, - 2008. - 36 с.
- 36.Вандыш, В.В. Судебно-психиатрическая оценка органического психического расстройства у лиц с сердечно-сосудистой патологией / В.В. Вандыш, М.В. Гиленко, Г.В. Тарасова // Российский психиатрический журнал. - 2011. - №2. - С. 13-18.
- 37.Вандыш-Бубко, В.В. Некоторые аспекты профилактики противоправных форм поведения при органическом психическом расстройстве / В.В. Вандыш-Бубко, Е.Г. Головков // Судебная психиатрия. Актуальные проблемы / Под ред. проф. В.В. Вандыша. - М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского. - 2011. - Вып. 8. - С.47-56.
- 38.Вандыш-Бубко, В.В. Органическое психическое расстройство: функциональный диагноз / В.В. Вандыш-Бубко // Судебная психиатрия. Актуальные проблемы / Под ред. проф. В.В. Вандыша. - М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского. - 2012. – Вып. 9. - С. 29-41.
- 39.Вандыш-Бубко, В.В. Судебно-психиатрическая оценка органического психического расстройства: руководство по судебной психиатрии / В.В. Вандыш-Бубко; под. ред. А.А. Ткаченко. – М.: Издательство Юрайт, 2012. - С. 241-261.
- 40.Вандыш-Бубко, В.В. Принципы экспертной оценки органических психических расстройств в соответствии со ст. 22 УК РФ. // Ограниченная вменяемость / В.В. Вандыш-Бубко; под ред. Т.Б. Дмитриевой, Т.Б. Шостаковича, А.А. Ткаченко. – 3-е изд. – М., 2008. – 41-56 с
- 41.Вандыш-Бубко, В.В. Психогенно обусловленные декомпенсации органического психического расстройства у обвиняемых / В.В. Вандыш-Бубко, М.И. Топилина // Судебная психиатрия. Актуальные проблемы / Под ред. проф. В.В. Вандыша. - М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского. 2013. - Вып.10. - С.3-12.
- 42.Вандыш-Бубко, В.В. Органическое психическое расстройство: тенденции клинической оценки / В.В. Вандыш-Бубко // Судебная психиатрия. Актуальные проблемы / Под ред. проф. В.В. Вандыша. - М.: ФГБУ НМИЦ ПН им. В.П. Сербского. 2018. - Вып.15. - С. 20-30.

43. Вандыш-Бубко, В.В. Органические психические расстройства: сравнительно-возрастной аспект экспертной оценки / В.В. Вандыш-Бубко // Судебная психиатрия. Актуальные проблемы / Под ред. проф. В.В. Вандыша. - М.: ФГБУ НМИЦ ПН им. В.П. Сербского. 2018. - Вып.15. - С. 64-73.
44. Вандыш-Бубко, В.В. Клиническая динамика органического психического расстройства у лиц с коморбидной сердечно-сосудистой патологией (судебно-психиатрический аспект) / В.В. Вандыш-Бубко, Г.В. Тарасова // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2018. -Т.9. - № 4 - С. 487-495.
45. Васильева, Н.Ю. Клиническая структура психических расстройств у женщин с признаками органического поражения головного мозга, которые совершили преступления против жизни и здоровья личности / Н.Ю. Васильева // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. - 2016. - Т.7. - № 1 - С. 74-80
46. Васянина, В.И. Клинико-социальная характеристика и судебно-психиатрическая оценка расстройств личности у женщин, совершивших агрессивные криминальные действия: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Васянина Виктория Игоревна. - М. 2002. — 21 с.
47. Волгина, Ф.М. Клинические, социальные и биологические предикторы регоспитализаций психически больных с органическими расстройствами: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.06 / Волгина Фарида Мунавировна. - Москва, 2012. - 22 с.
48. Воронова, А.В. Гендерная психология: некоторые проблемы и перспективы / А.В. Воронова // Ярославский педагогический вестник. – 2018. - №1 – С. 139-147.
49. Гатин, Ф.Ф. Влияние медико-социальных факторов на формирование органических психических расстройств / Ф.Ф. Гатин, Ф.М. Волгина // Современные проблемы науки и образования. – 2014. - № 6. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=16364>

50. Гатин, Ф.Ф. Анализ дезадаптации больных с органическими психическими расстройствами / Ф.Ф. Гатин, А.М. Валеева, Ф.М. Волгина // XVI съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы» / под общей редакцией Н.Г. Незнанова. — СПб.: Альта Астра. - 2015. - С. 999.
51. Гиленко, М.В. Органические психические расстройства, коморбидные с синдромом зависимости от алкоголя (современное состояние проблемы) / М.В. Гиленко // Судебная психиатрия. Актуальные проблемы / Под ред. проф. В.В. Вандыша. - М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского. – 2010. - Вып.7. - С. 24-33.
52. Гиленко, М.В. Основные предикторы противоправного поведения лиц с органическими психическими расстройствами, коморбидными с зависимостью от алкоголя (по данным литературы) / М.В. Гиленко // Судебная психиатрия. Актуальные проблемы / Под ред. проф. В.В. Вандыша. - М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского. - 2011. - Вып.8. - С.57-67.
53. Гиленко, М.В. Органические психические расстройства, коморбидные с зависимостью от алкоголя (клинико-динамический, судебно-психиатрический аспекты): автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.06 / Гиленко Мария Владимировна. – М., 2016. - 40 с.
54. Гиленко, М.В. Органические психические расстройства, коморбидные с зависимостью от алкоголя: дис. ... д-ра мед. наук / Гиленко Мария Владимировна. - Москва, 2016.
55. Гиленко, М.В. К проблеме диагностической концепции экзогенно-органических психозов / М.В. Гиленко, В.В. Вандыш-Бубко, Ю.В. Гуляева // Судебная психиатрия. Актуальные проблемы / Под ред. проф. В.В. Вандыша. - М.: ФГБУ НМИЦ ПН им. В.П. Сербского. 2019. - Вып. 16. - С. 25-34.
56. Гирич, Я.П. О динамике органического поражения личности при алкоголизме / Я.П. Гирич // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1975. - Т. 75. – Вып. № 2. – С. 256-261.

57. Голодец, Р.Г. О некоторых особенностях реактивных состояний на резидуально-органической основе / Р.Г. Голодец // Психогенные (реактивные) заболевания на измененной «почве»: сб. науч. трудов. – Воронеж, - 1982. - С. 171-173.
58. Горинов, В.В. Современные подходы к экспертной оценке ограниченной вменяемости лиц с расстройствами личности / В.В. Горинов, Д.Н. Корзун, С.А. Васюков, Е.А. Илюшина // Российский психиатрический журнал. – 2017. - № 3.- С. 10-18.
59. Гребенюк, Е.А. Психосексуальный дизонтогенез у женщин с органическими психическими расстройствами: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Гребенюк Екатерина Александровна. – М., 2008. - 18 с.
60. Григоров, А.А. Судебно-психиатрическая оценка когнитивных нарушений у обвиняемых с органическим психическим расстройством: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Григоров Андрей Александрович. - Москва, 2007. - 20 с.
61. Григоров, А.А. Вандыш-Бубко В.В. Оценка когнитивных нарушений у обвиняемых с органическими психическими расстройствами / А.А. Григоров, В.В. Вандыш-Бубко // Судебная психиатрия. Актуальные проблемы / Под ред. проф. В.В. Вандыша. - М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского. - 2010. - Вып.7. С.34-47.
62. Гурьева, В.А. Некоторые данные к разграничению органических психопатий и психопатоподобных нарушений органической природы / В.А. Гурьева / Тезисы материалов Всесоюзной конференции по неврологии и психиатрии детского возраста. – М., - 1974. - С. 85-87.
63. Дамулин, И.В. Когнитивные расстройства сосудистого генеза: патогенетические, клинические и терапевтические аспекты / И.В. Дамулин // Нервные болезни. – М. - 2012. - № 4. – С. 14-20.
64. Демчева, Н.К. Психогенные депрессии у лиц с органическим поражением головного мозга: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18. / Демчева, Надежда Константиновна. – М., - 1995. - 32 с.

65. Демчева, Н.К. Общие клинико-динамические закономерности экзогенно-органических психозов / Н.К. Демчева, В.А. Дереча, А.В. Горбенк, Р.Ф. Тухватуллина XIII съезд психиатров России: сб. тезисов. – М. – 2000. - С. 52.
66. Демчева, Н.К. Динамика общей и первичной заболеваемости психическими расстройствами населения РФ в возрасте от 60 лет и старше в 2000-2016 гг / Н.К. Демчева, З.И. Кекелидзе, Б.А. Казаковцев, Е.В. Макушкин // Российский психиатрический журнал. – М. – 2017. - № 4. - С.4-11
67. Дмитриева, Т.Б. Криминальная агрессия женщин с психическими расстройствами / Т.Б. Дмитриева, К.Л. Иммерман, М.А. Качаева, Л.В. Ромасенко. – М.: Медицина, 2003. – 248 С.
68. Дьякова, Н.В. Специфические возможности экспертной диагностики при нейропсихологическом исследовании ОПП у лиц пожилого возраста / Н.В. Дьякова, Л.Е. Пищикова // Судебная психиатрия. Актуальные проблемы / Под ред. проф. В.В. Вандыша. - М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского. - 2010. - Вып.7.- С.58-68.
69. Дятков, Д.В. Резидуальный психоорганический синдром с коморбидным алкоголизмом у подростков (клиника, принципы терапии и реабилитации): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.06, 14.01.27 / Дятков Дмитрий Васильевич – СПб., 2012. - 26 с.
70. Женское психическое здоровье – от истерии к гендерно-сенситивному подходу: монография / под. общ. ред. Н.Г. Незнанова. – СПб.: Издательский дом «Алеф-Пресс», 2018. - 304 с.
71. Житкова, Ю.В. Хасанова Д.Р. Ослопов В.Н. Мембранные характеристики и сосудистые когнитивные нарушения / Ю.В. Житкова, Д.Р. Хасанова, В.Н. Ослопов // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2017. - Вып. 9 - №4. - С. 10-16
72. Загитова, Ж.Б. Клинико-психопатологический аспект противоправного поведения лиц с органическим психическим расстройством: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Загитова Жанар Балтабековна. – М., - 2002. - 24 с.

73. Загитова, Ж.Б. Клинико-психопатологический аспект противоправного поведения лиц с органическим психическим расстройством: дис. ... канд. мед. наук / Загитова Жанар Балтабековна. - Москва, 2002.
74. Захаров, В.В. Хроническая цереброваскулярная недостаточность: монография / В.В. Захаров. – М.: МЕДпресс-информ, 2016. - 112 с.
75. Захаров, В.В. Недементные когнитивные нарушения: субъективные, легкие и умеренные / В.В. Захаров, А.Р. Кабаева // Нервные болезни. – 2017. - № 4. - С. 3-9.
76. Захаров, В.В. Нервно-психические нарушения: диагностические тесты: монография / В.В. Захаров, Т.Г. Вознесенская / под общ. ред. акад. РАН Н.Н. Яхно. – 6-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2018. –320 с.
77. Иванов, М.В. Клинико-психопатологические и социально-психологические особенности несовершеннолетних с церебрально-органической патологией, совершивших правонарушения против личности / М.В. Иванов, А.А. Корнилов Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. - № 1. - С. 51–52.
78. Иванов, П.А. Особенности стратегий совладания и защитных механизмов у обвиняемых с органическим психическим расстройством / П.А. Иванов, Ф.С. Сафуанов // Судебная психиатрия. Актуальные проблемы / Под ред. проф. В.В. Вандыша. - М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского. – 2010. - Вып.7. - С.69-80.
79. Ивашиненко, Д.М. Качество жизни больных с органическими непсихотическими расстройствами (комплексное медико-социальное и клинико-статистическое исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33, 14.00.18 / Ивашиненко Дмитрий Михайлович. – М., 2005. - 23 с.
80. Калинина, Е.А. Опийная наркомания у лиц с органическим психическим расстройством (клиника, судебно-психиатрическая оценка, меры медицинского характера): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Калинина Елена Андреевна. - М., 2002. - 20 с.
81. Качаева, М.А. Психические расстройства у женщин, совершивших агрессивные действия против личности (клинический и судебно-

- психиатрический аспект): дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.18 / Качаева Маргарита Александровна. - М., 1999. - 389 с.
82. Качаева, М.А. Внутрисемейная агрессия лиц с органическими психическими расстройствами / М.А. Качаева, А.Г. Расторгуев // Российский психиатрический журнал. – 2008. - № 6. – С. 40-45.
83. Качаева, М.А. Клинические и социальные факторы риска криминальной агрессии женщин с органическими непсихотическими психическими расстройствами / М.А. Качаева, В.В. Русина // Российский психиатрический журнал. – 2009. - №2. – С. 8-12.
84. Качаева, М.А. Особенности диагностики и судебно-психиатрической оценки органического расстройства личности у женщин, совершивших агрессивные криминальные действия / М.А. Качаева, Л.Л. Дрыкина, В.В. Русина // Судебная психиатрия. Актуальные проблемы / Под ред. проф. В.В. Вандыша. - М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского. – 2010. - Вып.7.-С.92-107.
85. Кирпиченко, А.А. Интеллектуально-мнестические изменения личности у женщин с алкогольной зависимостью / А.А. Кирпиченко / Российский психиатрический журнал. – 2008. - № 1. – С. 22-25.
86. Колмогорова, В.В. Некоторые аспекты формирования экзогенно-органических психических расстройств у населения, проживающего на экологически неблагоприятной территории / В.В. Колмогорова, В.А. Буйков // Социальная и клиническая психиатрия: сб. науч. трудов. - 2017 - Т.27. - № 3. - С. 37-42.
87. Комарова, Е.В. Психические расстройства при цереброваскулярной патологии (церебральный атеросклероз, артериальная гипертензия) и их оценка при посмертных судебных психиатрических экспертизах в гражданском процессе: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Комарова Екатерина Владимировна. – М. – 2007. – 14 с.
88. Кондратьев, Ф.В. Концепция многофакторного анализа социального поведения психически больных / Ф.В. Кондратьев // Российский психиатрический журнал. – 2010. - № 2. – С. 36-41.

89. Копчак, О.О. Когнитивные и нейровизуализационные характеристики (по данным МРТ) у больных с дисциркуляторной энцефалопатией (атеросклеротической, гипертонической и дисметаболической этиологии) / О.О. Копчак // Международный неврологический журнал. – 2012. - №8(54) – С. 179-184
90. Корзун, Д.Н. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц с органическими психическими расстройствами, совершивших имущественные сделки: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Корзун Дмитрий Николаевич. – М. 2004. – 24 с.
91. Корнилов, А.А. К вопросу об изучении органической психической патологии / А.А. Корнилов, Э.С. Вишневская // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2007. - № 3 – С. 11-14.
92. Корнилов, А.А. Психические расстройства у больных, страдающих органической недостаточностью головного мозга. Экологический аспект / А.А. Корнилов, Э.С. Вишневская // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. - № 3. – С. 98-99.
93. Краснов, В.Н. Психоорганический синдром как предмет нейропсихиатрии / В.Н. Краснов // Доктор. Ру. – 2011. - № 4. – С. 34-42.
94. Криворучко, Ю.Д. Органические поражения головного мозга сложного генеза в позднем возрасте и их судебно-психиатрическое значение / Ю.Д. Криворучко // Клиническое и судебно-психиатрическое значение органического поражения головного мозга: сб. науч. трудов. – М., 1982 -С.77-84.
95. Круглов, Л.С. Сосудистые заболевания головного мозга с психоорганическим синдромом у пациентов позднего возраста (исследование клинико-социальных характеристик, их значения и динамики в процессе терапии): автореферат дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.18. / Круглов Лев Саввич. – СПб., - 2007. – 38 с.
96. Кузнецова, Ц.В. Клиника алкогольных энцефалопатий с грубыми интеллектуально-мнестическими нарушениями: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Кузнецова Цаган Владимировна.- Москва, 2003.- 170 с.

97. Лаврущик, М.В. Органическое расстройство личности в связи с эпилепсией (диагностика и судебно-психиатрическая оценка): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.06 / Лаврущик Марина Вячеславовна. - Москва, 2017. - 21 с.
98. Лазарева, И.И. Судебно-психиатрические критерии применения ст. 22 УК РФ к несовершеннолетним с органическими психическими расстройствами: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Лазарева Ирина Игоревна. - Москва, 2006. - 21 с.
99. Леонова, Т.В. Отдаленные последствия ранних церебрально-органических поражений (диагностика, судебно-психиатрическая оценка): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Леонова Татьяна Викторовна. - Москва, 2006. - 20 с.
100. Лапицкий, М.А. Деструктивное поведение при экзогенно-органических заболеваниях головного мозга / М.А. Лапицкий, С.В. Ваулин, Н.Н. Осипова, В.И. Ситкина // Психологические и психиатрические проблемы клинической медицины. - 2000. - С. 64-65.
101. Липовецкий, Б.М. Цереброваскулярная болезнь с позиций общей патологии. - СПб., - 2013 - 69 с.
102. Липовецкий, Б.М. Атеросклероз, гипертония и другие факторы риска как причина сосудистых поражений мозга (патогенез, проявления, профилактика): учебное пособие / Б.М. Липовецкий. - СПб.: Издательство "СпецЛит", 2016. - 48 с.
103. Липовецкий, Б.М. Об отличиях между дисциркуляторной энцефалопатией и сосудистой деменцией / Б.М. Липовецкий // Международный научно-исследовательский журнал. - 2016. - 1-3(43). - С. 60-61.
104. Липовецкий, Б.М. Особенности церебрального метаболизма и его корреляции с агрессией у больных сосудистой деменцией / Б.М. Липовецкий // Неврологический вестник. - 2016. - Т.48. - №4. - С. 24-29.
105. Липовецкий, Б.М. Об интерпретации результатов инструментальных методов обследования при сосудистой патологии мозга / Б.М. Липовецкий // Наука и образование сегодня. - 2018. - 5(71). - С. 103-107.

106. Липовецкий, Б.М. Что может скрываться за синдромом дисциркуляторной энцефалопатии / Б.М. Липовецкий // Наука и образование сегодня. – 2018 - 3(26). – С. 73-77.
107. Липовецкий, Б.М. Дисциркуляторная энцефалопатия / Б.М. Липовецкий. – СПб.: СпецЛит, 2019. - 31с.
108. Липовецкий, Б.М. Нейропсихические нарушения типа сосудистой деменции, нашедшие отражение в изменениях белого вещества мозга / Б.М. Липовецкий, Т.Н. Резникова, Ю.В. Назинкина // Евразийский научный журнал. – 2015. – №7. – С. 65-66
109. Лобанова, Е.В. Психические нарушения непсихотического характера у больных сахарным диабетом (особенности преморбида, реакции на болезнь, психоэндокринный и психоорганический синдромы, лечение): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18. / Лобанова Елена Валентиновна. – Томск, 2005. – 22 с.
110. Локшина, А.Б. Легкие и умеренные когнитивные расстройства при дисциркуляторной энцефалопатии / А.Б. Локшина, В.В. Захаров // Неврологический журнал. – 2006. - № 11 (приложение 1). – С. 57-63.
111. Максимова, Н.В. Криминальная агрессия лиц, страдающих органическим психическим расстройством (клинико-психопатологический и психофизиологический аспекты): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18. / Максимова, Наталья Владиленовна. - Москва, 2003. - 23 с.
112. Макушкина, О.А. Оценка риска общественно опасного поведения лиц с психическими расстройствами / О.А. Макушкина // Социальная и клиническая психиатрия, 2017- т.27. - № 3. - С. 49-55.
113. Махтумова, М.Х. Клиника и судебно-психиатрическое значение отдаленных последствий травматического поражения головного мозга, осложненных опийной наркоманией: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18. / Махтумова Марал Хаджиевна. - М., 1995. - 21 с.
114. Мельник, В.И. Клинико-социальные характеристики женщин с психическими нарушениями органического (нейроинфекционного,

- травматического) генеза, совершивших ООД: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18. / Мельник Валентина Ивановна. – М., 1987. -24 с.
115. Михайлова, Н.А. Умеренные когнитивные нарушения у больных с сосудистым поражением головного мозга: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.11 / Михайлова Наталья Александровна. - Москва, 2010. - 25 с.
116. Муравьев, А.И. Динамика распространенности умственной отсталости и органических психических расстройств среди жителей Брянской области, родившихся после аварии на ЧАЭС: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.06. / Муравьев Александр Ильич. - Москва, 2012. - 28 с.
117. Новиков, А.Е. Значение вентрикулометрии при компьютерной томографии в диагностике дисциркуляторной энцефалопатии / А.Е. Новиков, М.Ю. Кошелев, П.Е. Борисов, С.Г. Бугрова // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2008. - Т.13. - № 3-4. - С. 35-38.
118. Новиков, А.Е. Информативность нейрофизиологических и нейровизуализационных показателей в диагностике умеренных когнитивных нарушений при дисциркуляторной энцефалопатии / А.Е. Новиков, Т.В. Лабутина, С.Г. Бугрова // Бюллетень сибирской медицины. – 2009. - №1(2). - Тематический выпуск. - С. 59-64.
119. Нью Т.Г. Органические психические расстройства в пожилом возрасте (клиника, диагностика, судебно-психиатрическая оценка): автореф. дис. ... канд. медицинских наук: 14.00.18 / Нью Татьяна Геннадьевна. - М., 2002. 20 с.
120. Органическое психическое расстройство: современная диагностическая концепция: сборник трудов конференции / Под ред. Акад. РАМН Т.Б. Дмитриевой. – М.: ГНЦ ССП им.В.П. Сербского, 2004. –272 с.
121. Официальный сайт Портала правовой статистики Генеральной Прокуратуры Российской Федерации. - URL: <http://crimestat.ru> .
122. Носачев, Г.Н. Органические психические заболевания (психоорганический синдром): учебное пособие / Г.Н. Носачев, И.Г. Носачев, В.В. Бурдаков и др. – Самара, 2008. – 290 с.

123. Осадший, Ю.Ю. Медико-социальная характеристика больных с психоорганическим синдромом в периоде отдаленных последствий экзогенно-органических расстройств / Ю.Ю. Осадший, Н.Я. Оруджев, Н.Н. Сентябрев, Е.А. Тараканова // Современные проблемы науки и образования. – М. – 2012. - № 6. – С. 229.
124. Основные показатели деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Российской Федерации в 2017 г. Аналитический обзор. / Под ред. Макушкина Е.В. - М.: НМИЦ ПН им. В.П. Сербского, 2018.
125. Пархоменко, И.М. Динамика судебно-психиатрических подходов при оценке органических психических расстройств: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18. / Пархоменко Инна Михайловна. – М., 1999.- 24 с.
126. Парфенов, В.А. Когнитивные расстройства / В.А. Парфенов, В.В. Захаров, И.С. Преображенская. – М. Изд.: ООО «ГРУППА РЕМЕДИУМ», 2014. – 191 с.
127. Первомайский, В.Б. О методологии научных исследований в судебной психиатрии / В.Б. Первомайский // Судебно-психиатрическая экспертиза: статьи (1989-1999): сб. науч. трудов. – Киев: "Сфера", 2001. - С. 126-134.
128. Первомайский, В.Б. Судебно-психиатрическая экспертиза: от теории к практике / В.Б. Первомайский, В.Р. Илейко // Сб. науч. трудов. – Киев: КИТ, 2006. - 394 с.
129. Перевертова, Ю.Г. Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга у участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18. / Перевертова, Юлия Геннадиевна. - Москва, 2004. - 24 с.
130. Пережогин, Л.О. Судебно-психиатрическая оценка расстройств личности с учетом положений ст. 22 УК РФ: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Пережогин Лев Олегович. - М. 2001. — 24 с.
131. Петина, Т.В. Клинические особенности парафилий у лиц с психоорганическими расстройствами (вопросы диагностики и судебно-

- психиатрической оценки: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Петина Татьяна Вячеславовна. - М., 1996.- 23 с.
132. Пецевич, М.Е. Динамика синдрообразования у больных с экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Пецевич Михаил Евгеньевич. - Ленинград, 1989. - 20 с.
133. Пивень, Б.Н. Клиническая структура и динамика экзогенно-органических психических нарушений (сравнительное клинико-эпидемиологическое исследование): автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.18 / Пивень Борис Николаевич. – М., 1988. 33 с.
134. Пивень, Б.Н. Экзогенно-органические психические расстройства / Б.Н. Пивень / Российский психиатрический журнал. – 2006. - №1. – С.34-37.
135. Пивень, Б.Н. Некоторые итоги изучения экзогенно-органических заболеваний головного мозга / Б.Н. Пивень / Социальная и клиническая психиатрия. – М., 2011. - Т.21. - № 1. – С. 94-99.
136. Пивень, Б.Н. Экзогенно-органические психические расстройства / Б.Н. Пивень / Экзогенно-органические психические расстройства: сб. науч. Трудов. – Барнаул: АГМУ, 2013. – 236 с.
137. Пивень, Б.Н. Экзогенно-органические заболевания головного мозга - парадоксальная проблема клинической психиатрии / Б.Н. Пивень // Журнал неврологии и психиатрии. – 2017. - № 3. - С. 113-116.
138. Пивень, Б.Н. Алкоголизм и экзогенно-органические поражения головного мозга у мужчин и женщин: сравнительный анализ / Б.Н. Пивень, И.И. Шереметьева // Вопросы наркологии. – 2006. - № 3. С. 36- 42.
139. Пивень, Б.Н. Экзогенно-органические психические расстройства у мужчин и женщин: сравнительный аспект / Б.Н. Пивень, И.И. Шереметьева // Российский психиатрический журнал. – 2007. - №3. – С.44-47.
140. Пищикова, Л.Е. Психические расстройства органической природы у пожилых лиц: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.06. / Пищикова, Любовь Евгеньевна. - Москва, 2015. – 43 с.

141. Попов, С.Н. Профилактика повторных ООД у лиц с органическими психическими расстройствами (по данным отдаленного катамнеза): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.06 / Попов Сергей Николаевич. - Москва, 2015. - 24 с.
142. Попов, С.Н. Особенности динамики органического психического расстройства у лиц, совершивших повторные общественно-опасные деяния / С.Н. Попов, И.Н. Винникова // Казанский медицинский журнал. – 2015. -Т. 96. - № 2. – с. 157-161.
143. Психиатрические аспекты неврологических заболеваний: Подходы к ведению больных / под ред. К.Г.Ликетсосу, П.В.Рэбинса, Дж.Р.Липси, Ф.Р.Слэвни; пер. с англ. под ред. акад. РАН Н.Н.Яхно. – М: МЕДпресс-информ, 2017. – 328 с.
144. Психические расстройства и расстройства поведения (F00- F99) / Класс V МКБ-10 адаптированный для использования в Российской Федерации: руководство / Под. ред. Голланд В.Б., Дмитриева Т.Б., Казаковцев Б.А. М., 1998. – 360 с.
145. Примоченок, А.А. Экзогенно-органические психические расстройства у подростков (клинико-эпидемиологическое исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.06 / Примоченок Александра Александровна. - Москва, 2010. - 23 с.
146. Ражба, Ю.Л. Судебно-психиатрическая оценка психических расстройств у лиц, перенесших черепно-мозговую травму (клинико-нейрофизиологическое исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18. / Ражба Юлия Львовна. - Москва, 1999. - 24 с.
147. Русина, В.В. Клинические и социальные факторы риска криминальной агрессии женщин с органическими непсихотическими психическими расстройствами / В.В. Русина, М.А. Качаева // Российский психиатрический журнал. – 2008. - № 2. С. 8-12.
148. Рыжова, И.А. Снижение мотивационно-волевой регуляции как деструктивный фактор мышления у больных с психоорганической

- патологией: взгляд в традициях отечественной психологической науки / И.А. Рыжова, В.В. Крюков // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. - 2015 - N 4 (10). - http://www.medpsy.ru/climp/2015_4_10/article15.php
149. Рязанова, А.Ю. Дифференциальная психодиагностика основных вариантов органического расстройства личности при военно-врачебной экспертизе подростков: автореф. дис. ... канд. психологич. наук: 19.00.04 / Рязанова Анна Юрьевна. - Санкт-Петербург, 2009. - 26 с.
150. Саковская, В.Г. Типы и варианты изменения психических процессов у больных с органическими поражениями головного мозга (клинико-патопсихологический и экспертный аспекты): автореф. дис... канд. психологич. наук. 19.00.04 / Саковская Вера Геннадьевна. – Санкт-Петербург, 2009. – 23 с.
151. Самедова, Э.Ф. Умеренно выраженные формы органического психосиндрома цереброваскулярной природы, их динамика в процессе терапии: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.06 / Самедова Эмилия Фархадовна. - Москва, 2015. - 23 с.
152. Сатьянова, Л.С. Психические расстройства у женщин, совершивших агрессивные правонарушения в отношении своих несовершеннолетних детей (клинический и судебно- психиатрический аспекты): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.06 / Сатьянова Людмила Степановна. - Москва, 2011. - 17 с.
153. Селедцов, А.М. Психоорганические расстройства при злоупотреблении различными психоактивными веществами (психопатология, клиника, патогенез, терапия): автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.45, 14.00.18 / Селедцов Александр Михайлович. - Москва, 1994. - 39 с.
154. Селедцов, А.М. О некоторых звеньях патогенеза психоорганических расстройств при злоупотреблении различными психоактивными веществами: сб. тезисов / Селедцов, А.М. // Материалы Международной конференции психиатров, Москва, 18-18 февраля. – М., 1998. - С. 283-287.

155. Семке, В.Я. Психическое здоровье женщин: проблемы и решения / В.Я. Семке // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 1999. - №1. - С. 7-10.
156. Семикин, А.В. Особенности интеллектуально-мнестических нарушений в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы (судебно-психиатрический аспект): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Семикин Александр Викторович. - Москва, 1989. - 21 с.
157. Старчина, Ю.А. Когнитивные нарушения после инсульта / Ю.А. Старчина // Медицинский совет, неврология. – 2017. - С. 27-32.
158. Стрижицкая, О.Ю. Когнитивный резерв как психологический и физиологический ресурс в период старения / О.Ю. Стрижицкая // Вестник СПбГУ. Психология. Педагогика. – 2016. - Сер.16. - Вып.2. – С. 79-87
159. Сухотина, Н.К. Резидуально-органическая патология мозга как предрасположенность поведенческих и эмоциональных расстройств в детском и подростковом возрастах / Н.К. Сухотина // Сб. тезисов Резидуально-органическая патология головного мозга (онтогенетический аспект): тез. докл. межрегион. конф (Кемерово, 29 марта 2011г.) / Под.ред В.Я. Семке. – Томск, Кемерово, 2011. - С.276-278.
160. Тарасова, Г.В. Клиническая систематика, прогноз и принципы экспертной оценки органического психического расстройства у обвиняемых с хронической сердечно-сосудистой патологией: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Тарасова Галина Вячеславовна, - Москва. – 2009. – 22 с.
161. Тарасова, Г.В. К характеристике декомпенсаций у обвиняемых с ОПР и коморбидной сердечно-сосудистой патологией / Г.В. Тарасова, В.В. Вандыш-Бубко // XV съезд психиатров России: Материалы съезда. – М.: Издательский дом «Медпрактика», 2010.– С. 229-230.
162. Тарасова, Г.В. Диагностические аспекты психосоматических соотношений органического психического расстройства и сердечно-сосудистых заболеваний / Г.В. Тарасова, В.В. Вандыш-Бубко // Судебная психиатрия. Актуальные проблемы / Под ред. проф. В.В. Вандыша. - М.: ФГБУ НМИЦ ПН им. В.П. Сербского. 2019. - Вып. 16 - С. 151-161.

163. Тюлькина, О.Ю. Судебно-психиатрическая экспертиза органических психических расстройств у лиц пожилого возраста, совершивших имущественные сделки: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.06 / Тюлькина Олеся Юрьевна. - Москва, 2013. - 22 с.
164. Ухтина, Н.В. Психопатоподобный синдром резидуально-органического генеза как биологический фон алкогольных психозов у молодых больных / Н.В. Ухтина, А.А. Корнилов, А.М. Селедцов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. - № 2(53). – С.41-44.
165. Харитоновна, Н.К. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе (клинический и правовой аспекты). Монография. / Н.К. Харитоновна, Е.В. Королева – М. ФГУ «ГНЦСП Росздрава», 2009. – 397 с.
166. Хритинин, Д.Ф. Психические расстройства при экзогенно-органических заболеваниях головного мозга: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.18 / Хритинин Дмитрий Федорович. - Москва, 1995. - 35 с.
167. Цырлин, В.А. Артериальная гипертензия и когнитивные нарушения: причины и механизмы возникновения / В.А. Цырлин, Н.В. Кузьменко, М.Г. Плисс // Артериальная гипертензия. – 2018. - 24 (5). – С. 496-507.
168. Чередниченко, О.Ю. Уголовно-процессуальная дееспособность у лиц с органическим расстройством личности / О.Ю. Чередниченко // Актуальные проблемы клинической, социальной и военной психиатрии. – 2005. - С. 31.
169. Чикин, Е.Р. Клинико-динамические варианты прогрессивного экзогенно-органического поражения головного мозга (судебно-психиатрический аспект): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Чикин Евгений Рудольфович. - Москва, 1995. - 26 с.
170. Шереметьева И.И. Экзогенно-органические психические расстройства в общей структуре психических заболеваний (клинико-эпидемиологическое исследование): автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.18. / Шереметьева Ирина Игоревна. - Москва, 2008. - 45 с.

171. Шереметьева, И.И. Экзогенно-органические психические расстройства и агрессивность / И.И. Шереметьева // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. - 2-12. - № 1. – С. 44-45.
172. Шуляк, Ю.А. Особенности клиники и терапии алкогольных энцефалопатий с различными вариантами их течения: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18, 14.00.45 / Шуляк Юрий Афанасьевич. - Москва, 2008. - 25 с.
173. Ядрова Т.В. Психические расстройства у женщин, злоупотребляющих психоактивными веществами и совершивших правонарушения (клинический, социальный и судебно-психиатрический аспекты): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Ядрова Татьяна Вячеславовна. – 2005. - 24 с.
174. Яхно, Н.Н. Когнитивные расстройства в неврологической клинике / Н.Н. Яхно / Неврологический журнал. – 2006. - Т.11. – Приложение № 1. – С. 4-12.
175. Яхно, Н.Н. Захаров В.В. Когнитивные и эмоционально-аффективные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии / Н.Н. Яхно, В.В. Захаров / Русский медицинский журнал. – 2002. - Т.10. - № 12-13. – С.539-542.
176. Яхно, Н.Н. Синдром умеренных когнитивных нарушений при дисциркуляторной энцефалопатии / Н.Н. Яхно, В.В. Захаров, А.Б. Локшина // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2005. - Т.105. - №2. – С. 13-17.
177. Яхно, Н.Н. Сопоставление клинических и МРТ-данных при дисциркуляторной энцефалопатии. Сообщение 1: двигательные нарушения / Н.Н. Яхно, О.С. Левин, И.В. Дамулин // Неврологический журнал. – 2001. - Т.6. - №2. – С. 10-16.
178. Яхно, Н.Н. Сопоставление клинических и МРТ-данных при дисциркуляторной энцефалопатии. Сообщение 2: двигательные нарушения / Н.Н. Яхно, О.С. Левин, И.В. Дамулин // Неврологический журнал. – 2001. - Т.6, №2. – С. 10-19.
179. Angel, G. Longitudinal gender-specific differences in the conversion from mild cognitive impairment to Alzheimer's disease / G. Angel et al. // 2018 IEEE EMBS

- International Conference on Biomedical & Health Informatics (BHI). – 2018. – P. 202-205.
180. Arciniegas D.B. The American psychiatric association publishing textbook of neuropsychiatry and clinical neurosciences / D.B. Arciniegas. – American Psychiatric Association, 2018. – 674 P.
181. Artero, S. Risk profiles for mild cognitive impairment and progression to dementia are gender specific / S. Artero et al. // Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry. – 2008. – V. 79. – P. 979-984.
182. Assessment of feigned cognitive impairment: a neuropsychological perspective / Edited by Kyle Brauer Boone, - NY: The Guilford Press, 2007. – 481 P.
183. Bastert, E. Forensic patients with organic brain disorders / E. Bastert et al. // World Journal of Biological Psychiatry. – 2011. - V.12(1). P. 23-27.
184. Batty, R.A. Psychosis following traumatic brain injury / R.A. Batty et al. // Brain impairment. – 2013. - №14(1) - P.21-41.
185. Bayles, K. Cognitive-communication disorders of MCI and Dementia: Definition, Assessment, and clinical management / K. Bayles, K. McCullough, C.K. Tomoeda. – 2018. – 265 P.
186. Beech, A.R. The Wiley Blackwell handbook of forensic neuroscience / A.R. Beech, A.J. Carter, R.T. Mann, et al. – 2018. – 550 P.
187. Blake, P.Y. Neurologic abnormalities in murderers / P.Y. Blake, J.H. Pincus, C. Buckner // Neurology. – 1995. – V. 45. – №9. – P. 48-49.
188. Bleuler, E. Lehrbuch der Psychiatrie / E. Bleuler. – Berlin: Julius Springer Verlag, 1916. – 87 p.
189. Bonelli, R.M. Frontal-subcortical circuitry and behavior / R.M. Bonelli, J.L. Cummings // Dialogues in Clinical Neuroscience. – 2007. – V.9(2). P.141-51.
190. Bonetii, F. Cognitive status according to homocysteine and B-group vitamins in elderly adults / F. Bonetii et al. // Journal of the American Geriatrics Society. – 2015. – V.63. – P. 1158-1163.

191. Bradford, A. Missed and delayed diagnosis of dementia in primary care: prevalence and contributing factors / A. Bradford, M.E. Kunik, P. Schulz. // *Alzheimer Disease & Associated Disorders*. -2009. -V. 23. – P. 306-314.
192. Brower, M.C. Neuropsychiatry of frontal lobe dysfunction in violent and criminal behavior / M.C. Brower, B.H. Price. // *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. – 2001. – V. 71. – P.720-726.
193. Brugman, S. Cognitive predictors of violent incidents in forensic psychiatric inpatients / S. Brugman // *Psychiatry Research*. – 2016. - V.237. - P.229-237.
194. *Comprehensive Women's Mental Health* / Edited by David J. Castle and Kathryn M. Abel. – Cambridge, UK: Cambridge Press University Printing House, 2016. - 360 P
195. Canguli, M. Mild cognitive impairment, amnesic type: an epidemiologic study / M. Canguli, H.H. Dodge, C. Shen // *Neurology*. -2004. -V. 63. P. 115-121.
196. Caselli, R.J. Longitudinal modeling of age-related memory decline and the APOE epsilon4 effect / R.J. Caselli, A.C. Dueck, D. Osborne // *The New England Journal of Medicine: Research & Review Articles on Disease & Clinical Practice*. – 2009. - V. 361. -P. 255-263.
197. Chamberlain, S.R. Neurocognitive deficits associated with antisocial personality disorder in non-treatment-seeking young adults / S.R. Chamberlain, K.L. Derbyshire, E.W. Leppink et al. // *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. – 2016. V.4. P.218-225.
198. Corcoran, M.A. Neurocognitive disorder (NCD): interventions to support occupational performance / M.A. Corcoran, G.M. Giles. - AOTA Press, 2014. – 312 P.
199. Croft, R.J. Acute mobile phone operation affects neural function in humans / R.J. Croft, J.S. Chandler, A.P. Burgess // *Clinical Neurophysiology*. – 2002. - V.113. - P.1623–1632.
200. Daffner, K.R. Disruption of attention to novel events after frontal lobe injury in humans / K.R. Daffner, M.M. Mesulam, P.J. Holcomb et al. // *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*. – 2000. – V.68(1). P.18-24.

201. Datchi, C.C. Gender, Psychology, and Justice: the mental health of women and girls in the legal system / C.C. Datchi, J.R. Ancis, - NY: NYU Press, 2017. – 263 P.
202. Delbaere, K. Mild cognitive impairment as a predictor of falls in community-dwelling older people / K. Delbaere, N. Kochan // The American Journal of Geriatric Psychiatry. – 2012. – V.20(10). - P. 845-853.
203. Di Carlo, A. CIND an MCI in the Italian elderly: frequency. vascular risk factors, progression to dementia / A. Di Carlo, M. Lamassa // Neurology. – 2007. - V.68. - P.1909-1916.
204. Dirnagl, U. Immunological mechanisms and therapies in brain injuries and stroke / U. Dirnagl, J. Chen, X. Hu et al. - NY: Springer, 2014. – 390 P.
205. Dong, Y. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) is superior to the Mini-Mental State Examination (MMSE) for detection of vascular cognitive impairment after acute stroke / Y. Dong, V.K. Sharma // Journal of Neuroscience. – 2010. - V.299. - №1-2. – P.15-18.
206. Eckenhoff, R.G. The Perioperative neurocognitive disorders / Edited by R.G. Eckenhoff, Niccol-Terrando. - Cambridge University Press, 2019. – 218 P.
207. Eirud, C. Neuroimaging after mild traumatic brain injury: Review and meta-analysis / C. Eirud, R.C. Craddock, S. Fletcher et al. // Neuroimage: Clinical. – 2014. – V.4. – P.283-294.
208. Elmstahi, S. Orthostatic intolerance predicts mild cognitive impairment: incidence of mild cognitive impairment and dementia from the Swedish general population cohort good aging in Skane. / S. Elmstahi, E. Widerstrom // Clinical Interventions in Aging. -2014. V.9. – P.1993-2002.
209. Eshkoor, S.A. Mild cognitive impairment and its management in older people / S.A. Eshkoor, T.A. Hamid, C.Y. Mun et al. // Clinical Interventions in Aging. – 2015. V.10. - P.687-693.
210. Fauman, M.A. The emergency psychiatric evaluation of organic mental disorders / M.A. Fauman // Psychiatric Clinics of North America. – 1983. - 6 (2). – P.233-257.

211. Franulic, A. Organic personality disorder after traumatic brain injury: cognitive, anatomic and psychosocial factors. A 6 month follow-up / A. Franulic, E. Horta, E. Maturana et al. // *Brain injury*. – 2000. – V.14 (5). - P.431-439.
212. Freeman, J.R. The stressed sex: uncovering the truth about men, women & mental health / J.R. Freeman, D. Freeman. – UK: Oxford University Press, 2013. – 267 P.
213. Gagnon, J. Differential diagnosis between borderline personality disorder and organic personality disorder following traumatic brain injury / J. Gagnon, M.A. Bouchard, C. Rainville // *Bulletin of the Menninger Clinic*. - 2006. – V.70 (1). - P. 1-28.
214. Ganguli, M. Classification of neurocognitive disorders in DSM-5: a work in progress / M. Ganguli, D. Blacker // *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. – 2011. - V.19. - P.2015-2010.
215. Ganguli, M. Mild cognitive impairment: incidence and vascular risk factors in a population-based cohort / M. Ganguli, B. Fu, B.E. Snitz // *Neurology*. – 2013. – V.80. – P.2112-2120.
216. Geda, Y.E. Mild cognitive impairment: a subset of minor neurocognitive disorder? / Y.E. Geda, Z. Nedelska // *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. – 2012. - V.20(10). - P.821-826.
217. Geda, Y.E. Physical exercise, aging and mild cognitive impairment: a population-based study / Y.E. Geda, R.O. Roberts, D.S. Knopman // *Archives of Neurology*. – 2010. -V.67. – P.80-85.
218. Geda, Y.E. Baseline neuropsychiatric symptoms and the risk of incident mild cognitive impairment: a population-based study / Y.E. Geda, R.O. Roberts, M.M. Mielke // *The American Journal of Psychiatry*. – 2014. - V.171. – P.572-581.
219. Gierus, J. The Montreal Cognitive Assessment as a preliminary assessment tool in general psychiatry. Validity of MoCA in psychiatric patients / J. Gierus, A. Mosiolek // *General Hospital Psychiatry*. – 2015. – V.27. – P.476-480.
220. Goldstein, F.C. Cognitive outcome after mild and moderate traumatic brain injury in older adults / F.C. Goldstein, H.S. Levin // *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. – 2001. - V.23(6). – P.739-753.

221. Good, M.I. The concept of an organic dissociative syndrome: what is the evidence? / M.I. Good // *Harvard Review of Psychiatry*. – 1993. - 1(3). – P.145-157.
222. Granacher, R.P. Traumatic brain injury: methods for clinical and forensic neuropsychiatric assessment / R.P. Granacher, J.B. Raton. - USA: CRC Press LLC, 2015. – 597 P.
223. Guberman, G.I. Ate traumatic brain injuries associated with criminality after taking account of childhood family social status and disruptive behaviours? / G.I. Guberman, H.B.A. Sc, M.-P. Robitaille et al. // *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. – 2019. – V. 31(2). – P. 123-131.
224. Haiduk, A. Patients with brain damage in childhood as adults. Results of a follow-up study / A. Haiduk, A. Herbst, G. Richter et al. // *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie. Beihefte*. – 1986. – V.36. – P.1-92.
225. Haimov-Kochman, R. Cognitive functions of regularly cycling women may differ throughout the month, depending on sex hormone status; a possible explanation to conflicting results of studies of ADHD in females / R. Haimov-Kochman, I. Berger // *Frontiers in Human Neuroscience*. – 2014. - V.8. - P.1-6.
226. Han, J.W. Predictive validity and diagnostic stability of mild cognitive impairment subtypes. / J.W. Han, T.H. Kim, S.B. Lee // *Alzheimer's & Dementia*. – 2012. – V.8. – P.553-559.
227. Hanninen, T. Prevalence of mild cognitive impairment: a population-based study in elderly subjects. / T. Hanninen, M. Hallikainen, S. Tuomainen // *Acta Neurologica Scandinavica*. – 2002. – V.106. – P.148-154.
228. Hare, R. D. Psychopathy as a risk marker for violence: Development and validation of a screening version of the Revised Psychopathy Checklist // *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* / R.D. Hare, S.D. Hart, A.E. et al. – Chicago, IL: University of Chicago Press, 1993. – 98 p.
229. Hauser, L.L. Forensic implications of neuroscientific advancements / L.L. Hauser // *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. – 2016. -V.44. – P.193-197.

230. Hellowell, D.J. Cognitive and psychosocial outcome following moderate or severe traumatic brain injury / D.J. Hellowell, R.T. Taylor, B. Pentland // *Brain Injury*. – 1999. – V.13(7). – P.489-504.
231. Henry, H. Estrogen shapes dopamine-dependent cognitive processes: Implications for women's health / H. Henry, Jr. Wheeler // *Journal of Neuroscience*. – 2011. – V.31(14). - P.5286-5293.
232. Herrman, H. Contemporary topics in woman's mental health: global perspectives in a changing society / Edited by P. S. Chandra, H. Herrman, J. Fisher, M. Kastrup, U. Niaz, M. B. Rondón and A. Okasha, - UK: John Wiley & Sons, 2009. – 579 P.
233. Hietanen, M. Human brain activity during exposure to radiofrequency fields by cellular phones / M. Hietanen, T. Kovala, A.M. Hamalainen // *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. -2002. - V.26. - P.87–92.
234. Hollander, E. Impulsivity and aggression / E. Hollander, D.J. Stein. – Toronto: Wiley, 1995. – 56 p
235. Hughes, T.F. Mild cognitive deficits and everyday functioning among older adults in the community: The Monongahela-Youghiogheny Healthy Aging Team Study / T.F. Hughes, C.C. Chang // *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. – 2012. – V.20(10). – P.836-844.
236. Husain, M. Oxford textbook of cognitive neurology and dementia (oxford textbooks in clinical neurology) / M. Husain, J.M. Schott/ - Oxford University Press, 2018. – 560 P.
237. Ismail, Z. Neuropsychiatric symptoms as early manifestations of emergent dementia: Provisional diagnostic criteria for mild behavioral impairment / Z. Ismail, E.E. Smith, Y.E. Geda et al. // *Alzheimer's & Dementia*. – 2016. – V.12(2). – P.195-202.
238. Ismail, Z. The mild behavioral impairment checklist (MBI-C): A rating scale for neuropsychiatric symptoms in pre-dementia populations / Z. Ismail, L. Aguera-Ortiz, H. Brodaty et al. // *Journal of Alzheimer's Disease*. -2017. – V.56(3). – P.929-938.

239. Iverson, G.L. Anger and Depression in Middle-Aged men: implications for a clinical diagnosis of chronic traumatic encephalopathy/ G.L. Iverson, D.P. Terry et al. // *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. – 2019. – V.31(4). – P. 328-336.
240. Jacobs, E. Estrogen shapes dopamin-dependent cognitive processes: Implications for women's health / E. Jacobs, M. D'Esposito // *Journal of Neuroscience*. – 2011. - VI.31(14). – P.5286-5293.
241. Jorge, A. Conceptual Foundations of a Cognitive Health Program for Hispanic Patients with Minor Neurocognitive Disorder / A. Jorge, P. Herrera, A. Jose et al. // *Psychology*. - 2013. - V.4. - №.10A. – P.23-28.
242. Jorge, A. The Impact of Cognitive Reserve on the Neuropsychological Functioning of Hispanic Patients with Minor Neurocognitive Disorder / A. Jorge, P. Herrera, D. Nora et al. // *Psychology*. - 2013. - V.4. - N.10A. – P.19-22.
243. Jorge R.E. Treating alcohol use disorder in U.S. veterans: the role of traumatic brain injury / R.E. Jorge, R. Li, X. Liu et al. // *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. – 2019. – V.31(4). – P. 319-327.
244. Kaore, S.N. Novel actions of progesterone: what will be the scenario in the future / s // *Journal of Pharmacy and Pharmacology*. – 2012. - V. 64 - P.1040-1062.
245. Kapfhammer, H.P. Organic dementia syndrome. Organic mental disorders / H.P. Kapfhammer // *Internist*. – 2001. – V.42(10). – P.1387-1404.
246. Katherine, A. Marked gender differences in progression of mild cognitive impairment over 8 years / A. Katherine, J.S. Lin // *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*. – 2015. - V.1. - P.103-110.
247. Kempler, D.O. Neurocognitive disorders in aging / D.O. Kempler. - UK.: SAGE Publications, Inc; 1 edition, 2004. – 344 P.
248. Kendall-Tackett, K.A. Woman's mental health across the lifespan: challenges, vulnerabilities, and strengths / K.A. Kendall-Tackett, L.M. Ruglass. – NY: Routledge, 2017. – 242 P.

249. Khanlou, N. Women's mental health: resistance and resilience in community and society / N. Khanlou, F.B. Pilkington. – NY: Springer International Publishing, 2015. – 415 P.
250. Knopman, D.S. Mild cognitive impairment and mild dementia: a clinical perspective / D.S. Knopman, R.C. Petrsen // Mayo Clinic Proceedings. 2014. - V.89(10). - P.1452-1459.
251. Kyoko, A. Impaired attention function based on the Montreal Cognitive Assessment in vascular dementia patients with frontal hypoperfusion: The Osaki-Tajui project / A. Kyoko, M. Kenichi, K.Yuriko et al. // Journal of clinical Neuroscience. - 2016. – V.28. – P.128-132.
252. Langa, K.M. The diagnosis and management of mild cognitive impairment: a clinical review / K.M. Langa, D.A. Levine // Journal of the American Medical Association. - 2014. - V.312. - P.2551-2561.
253. Larner, A.J. Neuropsychological neurology: The neurocognitive impairments of neurological disorders / Larner A.J. - Cambridge: Cambridge University Press, 2013. – 256 P.
254. Latvala, A. Cognitive Functioning in Alcohol and Other Substance Use Disorders in Young Adulthood. / A. Latvala // A Genetic Epidemiologic Study. In.: National Institute for Health and Welfare Department of Mental Health and Substance Abuse Services Helsinki, Finland and University of Helsinki Institute of Behavioral Sciences and Department of Public Health Helsinki, Finland. Helsinki, 2011. - <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/26078/cognitiv.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
255. Li, C.H. Forensic Psychiatric Assessment of Organic Personality Disorders after craniocerebral trauma / C.H. Li, L.N. Huanq, M.C. Zhanq et al. // Fa Xi Jue Za Zhi. - 2017. – V.33(2). – P.158-161.
256. Lin, J.S. Screening for Cognitive Impairment in Older Adults: An Evidence Udate for U.S. Preventive Services Task Force / J.S. Lin, E. O'Connor // *Annals of Internal Medicine*. – 2013. – V. 159. – P.601-612.

257. Liew, T.M. Diagnostic utility of Montreal cognitive assessment in the fifth edition of Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders: major and mild neurocognitive disorders / T.M. Liew // Journal of American Medical Directors Association. – 2015. – V.16(2). - P.144-148.
258. Liu, H. Optimal blood pressure for cognitive function: findings from an elderly African-American cohort study / H. Liu, S. Gao, K.S. Hall. // Journal of American Geriatrics Society. – 2013. - V.61. – P.875-881.
259. Lishman, W. The psychological consequences of cerebral disorders / W. Lishman // Behavioural neurology. – 1999. – V. 11(3). – P. 185-186.
260. Lopez, O.L. Prevalence and classification of mild cognitive impairment in the Cardiovascular Health Study Cognition Study / O.L. Lopez et al. // Archives of Neurology. – 2003. - V.60. - P.1385-1389.
261. Loring, D.W. Neuropsychology evaluation — adults. // Epilepsy: A Comprehensive Textbook. 2nd Ed. / D.W. Loring, W.B. Barr, M. Hamberger, C.Helmstaedter: In J. Engel, T.A. Pedley. – Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008. – 1056 p.
262. Main, K.L. DTI measures identify mild and moderate TBI cases among patients with complex health problems: A receiver operating characteristic analysis of U.S. veterans // K.L. Main // NeuroImage: Clinical - 2017. – V.16. – P.1-16.
263. Malmstrom, T.K. Rapid cognitive screen (RCS): a point-of-care screening for dementia and mild cognitive impairment. / T.K. Malmstrom, V.B. Voss, D.M. Cruz-Oliver // The Journal of Nutrition, Health & Aging. - 2015. – V.19. – P.741-744.
264. Manly, J.J. Frequency and course of mild cognitive impairment in a multiethnic community / J.J. Manly, M.X. Tang, N. Schupf // Annals of Neurology. – 2008. – V. 63. – P.494-506.
265. Marti-Agusti, G. Evaluation of body injury in organic personality disorder / G. Marti-Agusti, E.L. Gomez-Duran, J. Vilardell-Molas et al. // Revista de Psiquiatria y Salud Mental. – 2017. - V.10(1). – P.59-61.

266. Mas-Exposito, L. Neuropsychological functioning of a patient with organic personality disorder / L. Mas-Exposito, J.A. Amador-Campos, L. Lalucat-Jo et al. // *Actas Esp Psiquiatr.* – 2014. – V.43(4). – P.196-200.
267. McEvoy, J.P. Organic brain syndromes / J.P. McEvoy // *Annals of Internal Medicine.* – 1981. – V.95(2). – P.212-220.
268. McEwen, B. Estrogen effects on the brain: actions beyond the hypothalamus via novel mechanisms / B. McEwen, K.T. Akama, J.L. Spencer-Segal et al. // *Behavioral Neuroscience.* – 2012. – V.126(1). – P.4-16.
269. McLean, P.D. The triune brain in evolution: Role in paleo-cerebral functions / P.D. McLean. – N.Y.: Raven Press, 1990. – 89 p.
270. Morley, J.E. Brain health: the importance of recognizing cognitive impairment: an IAG consensus conference / J.E. Morley, J.C. Morris, M. Berg-Wegner // *Journal of the American Medical Directors Association.* – 2015. – V.16. – P.731-739.
271. Nagdee, M. The psycho-social and clinical profile of women referred for psycho-legal evaluation to forensic mental health units in South Africa / M. Nagdee, L. Artz // *South African Journal of Psychiatry.* – 2019. – V.25(0). - P.1-8.
272. Nekrosius, D. Association of COMT Val¹⁵⁸Met Polymorphism with delirium risk and outcomes after traumatic brain injury / D. Nekrosius, M. Kaminskaite et al. // *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences.* – 2019. – V.31(4). – P. 298-305.
273. Ng, T.P. Metabolic syndrome and the risk of mild cognitive impairment and progression to dementia: follow-up of the Singapore Longitudinal Ageing Study Cohort / T.P. Ng, L. Feng, M.S. Nyunt // *JAMA Neurol.* – 2016. – V.73. – P.456-463.
274. Naresh, P. Evaluation of extent and pattern of neurocognitive functions in mild and moderate traumatic brain injury patients by using Montreal Cognitive Assessment (MoCa) score as a screening tool: An observational study from India / P. Naresh, P. Devendra // *Asian Journal of Psychiatry.* – 2019. - №41. – P.60-65.

275. Nash, M. Neurocognitive behavioral disorders: an interdisciplinary approach to patient-centered care / M. Nash, S. Foidel - Springer International Publishing, 2019. – 239 P.
276. Nasreddine, Z.S. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. / Z.S. Nasreddine, N.A. Phillips, V. Bedirian // Journal of the American Geriatrics Society. – 2005. – V.53. – P.695-699.
277. Nidal, M. Treatment approaches to Neurocognitive disorders / M. Nidal, B. Carla // Psychiatric Annals. – 2016. – V.46(2). – P.103–109.
278. Ott, C.V. Structural changes in the hippocampus as a biomarker for cognitive improvements in neuropsychiatric disorders: A systematic review / C.V. Ott, B. Johnson, J. Mcoveanu, et al. // European Neuropsychopharmacology. 2019. - Vol.29(3). - P.319-329.
279. Palijan, T.Z. Relationship between comorbidity and violence risk assessment in forensic psychiatry – the implication of neuroimaging studies / T.Z. Palijan, S. Radeljak, M. Kovac et al. // Psychiatria Danubina. – 2010. – V.22(2). – P.253-256.
280. Pandya, S.Y. Does mild cognitive impairment always lead to dementia? A review. / S.Y. Pandya, M.A. Clem, L.M. Silva // Journal of the Neurological Sciences. – 2016. – V.369. – P.57-62.
281. Petersen, R.C. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome / R.C. Petersen, G.E. Smith // Archives of Neurology. – 1999. - V.56. - P.303-308.
282. Petersen, R.C. Prevalence of mild cognitive impairment is higher in men. The Mayo Clinic Study of Aging / R.C. Petersen, R.O. Roberts Neurology. – 2010. - V.75. - P.889-897.
283. Pilgrim, C. Developmental regulation of sex differences in the brain: can the role of gonadal steroids be redefined? Great Britain / C. Pilgrim, J.B. Hutchison // Neuroscience. – 1994. - V.60. - N.4. - P.843-855.
284. Quemada, J.I. Organic personality disorder: conceptual review and research strategies / J.I. Quemada, I. Sanchez-Cubillo, J.M. Munoz-Cespedes // Actas Espanolas de Psiquiatria. – 2007. – V.35(2). – P.115-121.

285. Raine, A. Brain abnormalities in murderers indicated by positron emission tomography / A. Raine, M. Buchsbaum, L. La Casse // *Biological Psychiatry*. – 1997. – V.42. – №6. – P.495-508.
286. Ranjbar, S. Brain MR radiomics to differentiate cognitive disorders / S. Ranjbar, S.N. Velgos, A.C. Dueck et al. // *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. – 2019. – V.31(3). – P. 210-219.
287. Ravaglia, G. Mild cognitive impairment: epidemiology and dementia risk in an elderly Italian population. / G. Ravaglia, P. Forti, F. Montesi. // *Journal of the American Geriatrics Society*. – 2008. – V.56. – P.51-58.
288. Reid, I.C. Seizures, memory and synaptic plasticity / I.C. Reid, C.A. Stewart. – 1997. – V.6. – №5. – P.351-359.
289. Roberts, R.O. The incidence of MCI differs by subtype and is higher in men: the Mayo Clinic Study of Aging / R.O. Roberts, Y.E. Geda // *Neurology*. – 2012. - V.78. - P.342-351.
290. Roberts, S. Immoral behavior following brain damage: A review / S. Roberts, J.D. Henry, P. Molenberghs // *Journal of Neuropsychology*. – 2019. – V.13(3). – P.564-588.
291. Roberts, R.O. Association of diabetes with amnesic and nonamnesic mild cognitive impairment / R.O. Roberts, D.S. Knopman, Y.E. Geda // *Alzheimer's Dementia*. – 2014. – V.10. – P.18-26.
292. Sachdev, P.S. Classifying neurocognitive disorders: the DSM-5 approach. / P.S. Sachdev, D. Blackner, D.G. Blazer // *Nature Reviews Neurology*. – 2014. – V.10. – P.634-642.
293. Sachdev, P.S. Risk Profiles for Mild cognitive impairment vary by age and sex: the Sydney memory and ageing study / P.S. Sachdev, D.M. Lipnicki // *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. – 2012. - V.20(10). - P.854-865.
294. Sachs-Ericsson, N. The new DSM-5 diagnosis of mild neurocognitive disorder and its relation to research in mild cognitive impairment / N. Sachs-Ericsson, D.G. Blazer // *Aging and Mental Health*. – 2014. – V.19(1). – P.1-11.

295. Salat, D.H. Neuroimaging of deployment-associated traumatic brain injury (TBI) with a focus on mild TBI (mTBI) since 2009 / D.H. Salat, E.R. Meghan, D.R. Miller, et al. / *Brain Injury*. 2017. - V.31. - N.9. - P.1204-1219.
296. Sanchez, P. Organic personality disorder. Conceptual and diagnostic aspects / P. Sanchez, J.I. Quemada // *Revue Neurology*. – 2000. – V.30(8). – P.772-778.
297. Sanford, A.M. Mild cognitive impairment / A.M. Sanford // *Clinics in Geriatric Medicine*. – 2017. - V.33(3). - P.325-337
298. Siedentopf, F. Immune Status, psychosocial distress and reduced Quality of Life in infertile patients with endometriosis / F. Siedentopf // *American Journal of Reproductive Immunology*. – 2008. - V.60 - P.449-461.
299. Simpson, J.R. DSM-5 and Neurocognitive Disorders / J.R. Simpson // *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. – 2014. – V.42. – P.159-64.
300. Singh, D. The ALPIM (Anxiety, Laxity, Pain, Immune, and Mood) syndrome in adolescents and young adults: a cohort study / D. Singh, W.R. Martinez et al. // *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. – 2019. – V.31(3). – P.239-245.
301. Smith, G.E. Mild cognitive impairment and dementia: definitions, diagnosis, and treatment / G.E. Smith, M.W. Bondi. – UK: Oxford University Press, 2013. – 416 P.
302. Strand, V.C. Child and Adolescent trauma measures: a review / V.C. Strand, L.E. Pasquale // *Health*. – 2017. -V.9 - N.9
303. Stokin, B.G. Mild neurocognitive disorder: an old wine in a new bottle / B.G. Stokin, J. Krell-Roesch // *Harvard review of psychiatry*. – 2015. - V.23. - P.365-376.
304. Sylvaine, A. Risk profiles for mild cognitive impairment and progression to dementia are gender specific. / A. Sylvaine, A. Marie-Laure, P. Florence et al. // *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. – 2008. – V.79(9). - P.979-984.
305. Szczepanski, S.M. Insights into human behavior from lesions to the prefrontal cortex. / S.M. Szczepanski, R.T. Knight // *Neuron*. – 2014. – V.83(5). – P.1002-1018.

306. Tan, J. Increased risk of psychiatric disorders in women with polycystic ovary syndrome in Southwest China / J. Tan // *Chinese Medical Journal (English)*. – 2017. - V.5. - №130(3) - P. 262-266.
307. Thorleif, E. Mild cognitive impairment and Dementia / E. Thorleif, S. Dirk // *Deutsches Arzteblatt International*. – 2011. – V.108(44). - P.743-750.
308. Travin, S. Mental retardation, organic brain dysfunction, and the forensic clinician: some practical considerations / S. Travin, N. Klein, B. Protter // *Journal of Forensic Sciences*. – 1985. – V.30(4). – P.1179-1185.
309. Trzepacz, P.T. Relationship between the Montreal Cognitive Assessment and Mini-mental State Examination for assessment of mild cognitive impairment in older adults. / P.T. Trzepacz, H. Hochstetler // *BMC Geriatrics*. -2015. - V.15. - P.107.
310. Vassilaki, M. Multimorbidity and risk of mild cognitive impairment / M. Vassilaki, J.A. Aakre, R.H. Cha // *Journal of the American Geriatrics Society*. – 2015. – V.63. – P.1783-1790.
311. Vega, J.N. Mild cognitive impairment: Diagnosis, Longitudinal Course, and Emerging Treatments / J.N. Vega, P.A. Newhouse // *Current Psychiatry Reports*. – 2014. – V.16(10). – P.1-18.
312. Verdelho, A. Neuropsychiatric symptoms of cognitive impairment and dementia / A. Verdelho, M. Goncalves-Pereira. – NY: Springer International Publishing, 2017. – 375 P.
313. Verghese, J. Leisure activities and the risk of amnesic mild cognitive impairment in the elderly / J. Verghese, A. LeValley, C. Derby // *Neurology*. – 2006. – V.66. – P.821-827.
314. Vuadens, P. Behavior disorders of neurological origin / P. Vuadens, F. Reqli // *Revue Medicale de la Suisse Romande*. – 1997. – V.117(9). – P.671-677.
315. Wahlund L-O. Vascular cognitive impairment in clinical practice / L-O. Wahlund, T. Erikinjuntti, S. Gauthier. – UK: Cambridge University Press, 2009. – 258 P.
316. Wei, S.M. Brain-derived neurotrophic factor Val66Met genotype and ovarian steroids interactively modulate working memory-related hippocampal function in

- women: a multimodal neuroimaging study / S.M. Wei, E.B. Baller // *Molecular Psychiatry*. – 2018. - V.23. - P.1066-1075.
317. Weintraub, S. The Alzheimer's Disease Centers' Uniform Data Set (UDS): The neuropsychologic test battery. / S. Weintraub, D. Salmon, N. Mercaldo, S. Ferris, N.R. Graff-Radford et al. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders*. – 2009. – V.23(2). – P.91-101.
318. Welch, L.W. Organic disorders of personality / L.W. Welch, D. Bear // *New Directions for Mental Health Services*. – 1990. – V.47. – P.87-101.
319. Wesson, J. Measurement of functional cognition and complex everyday activities in older adults with mild cognitive impairment and mild dementia: validity of the large allen's cognitive level screen / J. Wesson, L. Clemson, J.D. Crawford et al. // *American Journal of Geriatric Psychiatry*. – 2017. – V. 25(5). – P. 471-482.
320. Weyandt, L. Clinical neuroscience: foundations of psychological and neurodegenerative disorders / L. Weyandt. – NY: Routledge, 2018. – 460 P.
321. Wicklund, M. Emerging biomarkers in cognition / M. Wicklund, R.C. Petersen // *Clinics in Geriatric Medicine*. – 2013. – V.2. – P.809-828.
322. Wortzel, H.S. Mild traumatic Brain Injury Update: Forensic Neuropsychiatric Implications / H.S. Wortzel, R.P. Cranacher // *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. – 2015. – V.43. - P.499-505.
323. Xueyan, L. Comparison of the value of Mini-Cog and MMSE screening in the rapid identification of Chinese outpatients with mild cognitive impairment / L. Xueyan, Dai Jie // *Medicine*. – 2018. – V.97. - P.1-5.
324. Yaffe, K. Association between hypoglycemia and dementia in a biracial cohort of older adults with diabetes mellitus. / K. Yaffe, C.M. Falvey, N. Hamilton // *JAMA Internal Medicine*. – 2013. – V.173. - P.1300-1306.
325. Yang, Y. Prefrontal structural and functional brain imaging findings in antisocial, violent, and psychopathic individuals: a meta-analysis / Y. Yang, A. Raine // *Psychiatry Reseach*. – 2009. – V.174. – №2. – P.81-88.

326. Yukihiro, H. Increased Cerebral Cortex Perfusion in Stroke Patients with Cognitive Disorder Following Cilostazol Administration: Two Cases Report / H. Yukihiro, O. Shigeru // *Neuroscience & Medicine*. – 2012. - V.3. - N.4. – 5P.
327. Yuriko, N. Montreal Cognitive Assessment score correlates with regional cerebral blood flow in post-stroke patients / N. Yuriko, O. Naoya, H. Yoshiki, et al. // *Clinical Neurology and Neurosurgery*. – 2018. – V.174. – P.68-74.
328. Zollman, F. Manual of traumatic brain injury assessment and management / Zollman F. – NY: Demos Medical, 2nd edition, 2016. – 609P.
329. Zyss, T. An attempt at developing coherent recommendations for jurisdiction in the case of psychoorganic syndrome in which intellectual deficit is revealed / T. Zyss et al. // *Archiwum Medycyny Sadowej I Kryminologii*. – 2007. – V.57. – №1. – P. 159-171.

Таблица данных по группам наблюдения в зависимости от наличия криминального анамнеза

Для получения достоверности различий был использован Chi-square test (для малых чисел был использован Fisher-s exact test)

$p < 0,00035$ – достоверность различий максимально выражена

$p < 0,00125$ – достоверность различий очень выражена

$p < 0,01467$ – различия достоверны

$p < 0,09811$ – пограничная степень достоверности различий

	женщины с ОРЛ с криминальным анамнезом (n=102)		женщины с ОРЛ без криминального анамнеза (n=50)		Достоверность различий p
	абс	отн	абс	отн	
Воспитывалась					
в неполной семье	44	43,14%	2	4%	0,0000
в полной семье	43	42,16%	48	96%	0,0000
в детском доме	15	14,7%	-	-	0,0043
Условия воспитания (отношения с воспитывающим лицом)					
безразличные, холодные	52	50,98%	2	4%	0,0000
конфликтные, с проявлением агрессии, физического насилия	12	11,76%	-	-	0,0115
теплые, доброжелательные	38	37,26%	48	96%	0,0000
Семейное положение					
не состоит в браке	40	39,21%	32	64%	0,0040
зарегистрированный брак	28	27,45%	9	18%	0,2021
гражданский брак	32	31,37%	6	12%	0,0096
разведена	2	1,96%	1	2%	0,9867
вдова	-	-	2	4%	0,0420
Отношения в семье с мужем					
	женщины с ОРЛ с криминальным анамнезом, состоящие в браке (n=60)		женщины с ОРЛ без криминального анамнеза, состоящие в браке (n=15)		Достоверность различий p
	абс	отн	абс	отн	
конфликтные, с проявлениями агрессии, физического насилия со стороны супруга	39	65%	-	-	0,0000
конфликтные, с проявлениями психологического насилия со стороны супруга	2	3,33%	-	-	0,4738
теплые, доброжелательные	10	16,67%	13	86,67%	0,0000
безразличные, холодные	9	15%	2	13,33%	0,8701
Роль в семье					
подчиненная	48	80%	-	-	0,0000
доминирующая	10	16,67%	1	6,67%	0,3275
равноправие	2	3,33%	14	93,33%	0,0000

Наличие алкогольной и (или) наркотической зависимости у мужа					
да	42	70%	4	26,67%	0,0021
нет	18	30%	11	73,33%	0,0021
Материально-бытовые условия проживания					
	женщины с ОРЛ с криминальным анамнезом (n=102)		женщины с ОРЛ без криминального анамнеза (n=50)		Достоверность различий р
	абс	отн	абс	отн	
плохие	42	41,18%	-	-	0,0000
удовлетворительные	59	57,84%	47	94%	0,0000
хорошие	1	0,98%	3	6%	0,0693
Наличие собственных детей					
есть	65	63,73%	9	18%	0,0000
нет	37	36,27%	41	82%	0,0000
Отношения со своими детьми					
	женщины с ОРЛ с криминальным анамнезом, имеющие детей (n=65)		женщины с ОРЛ без криминального анамнеза, имеющие детей (n=9)		Достоверность различий р
	абс	отн	абс	отн	
конфликтные	32	49,2%	-	-	0,0052
враждебные, с применением физических наказаний	2	3,1%	-	-	0,5923
безразличные	5	7,69%	1	11,11%	0,7246
теплые, доброжелательные	14	21,55%	8	88,89%	0,0000
лишена родительских прав	12	18,46%	-	-	0,1591
Образование					
	женщины с ОРЛ с криминальным анамнезом (n=102)		женщины с ОРЛ без криминального анамнеза (n=50)		Достоверность различий р
	абс	отн	абс	отн	
средне-специальное	32	31%	23	46%	0,0702
высшее	11	11%	2	4%	0,1502
неоконченное среднее	9	9%	-	-	0,0286
вспомогательная школа	17	17%	-	-	0,0020
среднее	27	26%	3	6%	0,0034
два высших	1	1%	-	-	0,4780
неоконченное средне-специальное	5	5%	22	44%	0,0000
Наличие источника средств к существованию					
нет	66	64,71%	1	8%	0,0000
пенсия по возрасту	21	20,59%	4	2%	0,0022
постоянное место работы	8	7,84%	32	64%	0,0000
пенсия по инвалидности	5	4,9%	13	26%	0,0002
пособие на ребенка	2	1,96%	-	-	0,3190
Постоянное место работы					
есть	8	7,84%	32	64%	0,0000
нет	94	92,16%	18	36%	0,0000

Снижение социального функционирования					
нет	18	17,65 %	29	58%	0,0000
незначительное	10	9,8 %	13	26%	0,0088
неустойчивое	31	30,39 %	8	16%	0,0563
выраженное	43	42,16 %	-	-	0,0000
Криминальный анамнез в семье					
нет	88	86,28%	50	100%	0,0060
оба родителя	11	10,78%	-	-	0,0159
мать	1	0,98%	-	-	0,4825
отец	2	1,96%	-	-	0,3190
Состояла на учете в КДН					
нет	80	78,43%	50	100%	0,0004
да	22	21,57%	-	-	0,0004
Ранее привлекалась к уголовной ответственности					
нет	66	64,71%	50	100%	0,0000
прежнее ПН идентично настоящему	9	8,82%	-	-	0,0304
прежнее ПН не идентично настоящему	27	26,47%	-	-	0,0001
Этиология ОРЛ					
смешанная	84	82,36%	32	64%	0,0124
травматический генез	5	4,9%	16	32%	0,0000
сосудистая	7	6,86%	1	2%	0,2073
токсический генез	6	5,88%	1	2%	0,2835
Наследственная отягощенность					
алкоголизм	42	41,18%	1	2%	0,0000
отсутствует	47	46,08%	45	90%	0,0000
зависимость от наркотиков	4	3,92%	1	2%	0,5329
психическое расстройство	9	8,82%	2	4%	0,2812
эпилепсия	-	-	1	2%	0,1519
Время начала развития ОРЛ					
в период до 18 лет	51	50%	35	70%	0,0194
после 19 лет	51	50%	15	30%	0,0194
Ранее получала лечение по поводу ОПР					
да	32	31,37%	35	70%	0,0000
нет	70	68,63%	15	30%	0,0000
Наличие перинатальной патологии в анамнезе					
нет	51	50%	30	60%	0,2456
имеется	51	50%	20	40%	0,2456
Раннее развитие					
в пределах возрастной нормы	72	70,59%	35	70%	0,9403
с отставанием в психическом развитии	30	29,41%	15	30%	0,9403
Черепно-мозговая травма в анамнезе					
без потери сознания и с потерей сознания	15	14,71%	-	-	0,0043

без потери сознания в анамнезе	55	53,92%	16	32%	0,0109
нет	10	9,8%	31	64%	0,0000
с потерей сознания в анамнезе	22	21,57%	3	6%	0,0150
Наличие седречно-сосудистых заболеваний					
есть	35	33,98%	15	30%	0,6230
нет	67	66,02%	35	70%	0,6230
Употребление ПАВ					
есть	79	77,45%	10	20%	0,0000
нет	23	22,55%	40	80%	0,0000
Наличие сопутствующей эндокринной патологии					
	женщины с ОРЛ с криминальным анамнезом (n=102)		женщины с ОРЛ без криминального анамнеза (n=50)		Достоверность различий р
	абс	отн	абс	отн	
есть	25	24,51%	1	2%	0,0005
нет	77	75,49%	49	98%	0,0005
Эндокринопатии					
СД	12	11,77%	1	2%	0,0431
нет	77	75,49%	49	98%	0,0005
дисфункция щитовидной железы	7	6,86%	-	-	0,0579
СД, дисфункция щитовидной железы	6	5,88%	-	-	0,0802
Тип психоорганического синдрома					
эксплозивный	89	87,25%	10	20%	0,0000
эйфорический	5	4,9%	4	8%	0,4467
апатический	2	2%	16	32%	0,0000
астенический	6	5,85%	20	40%	0,0000
Экспертно значимые и ведущие синдромы					
смешанный	55	53,92%	35	70%	0,0581
личностных нарушений	30	29,41%	6	12%	0,0177
когнитивных нарушений	17	16,67%	9	18%	0,8379
Тип личностных изменений					
эмоционально неустойчивый тип	60	58,8 %	10	20%	0,0000
диссоциальный тип	25	24,5 %	-	-	0,0001
зависимый тип	10	9,8 %	36	72%	0,0000
смешанный тип	7	6,9 %	4	8%	0,8060
Нарушения мышления					
операциональные и динамические	32	31,37%	35	70%	0,0000
динамические	27	26,47%	6	12%	0,0420
операциональные	43	42,16%	9	18%	0,0032
Нарушения интеллекта					
снижение незначительное	6	5,89%	42	84%	0,0000
умеренное снижение	85	83,33%	8	16%	0,0000
грубое снижение	11	10,78%	-	-	0,0159
Нарушения памяти					
снижена на прошлые события	66	64,7%	48	96%	0,0000

снижена на текущие и прошлые события	36	35,3%	2	4%	0,0000
Настроение					
ровное	2	1,96%	12	24%	0,0000
безучастное, резко снижено	9	8,82%	4	8%	0,8651
неустойчивое	86	84,31%	22	44%	0,0000
благодушное	5	4,91%	12	24%	0,0005

Таблица данных по группам наблюдения в зависимости от времени начала воздействия экзогенных вредностей

	ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей до 18 лет (n=51)		ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей после 18 лет (n=51)		Достоверность различий (p)
	Абс	Отн	Абс	Отн	
Воспитывалась					
в неполной семье	24	47%	20	39,2%	0,4264
в полной семье	16	31,4%	27	52,9%	0,0279
в детском доме	11	21,6%	4	7,9%	0,0511
Отношения с воспитывающим лицом					
безразличные, холодные	29	56,86%	23	45,1%	0,2349
конфликтные, с проявлением агрессии, физического насилия	7	13,73%	5	9,8%	0,5379
теплые, доброжелательные	15	29,41%	23	45,1%	0,1013
Материально-бытовые условия жизни					
плохие	26	51%	16	31,37%	0,0440
удовлетворительные	25	49%	34	66,67%	0,0708
хорошие	-	-	1	1,96%	0,3150
Проживает					
одна	24	47,06%	21	41,18%	0,5498
в семье	27	52,94%	30	58,82%	0,5498
Семейное положение					
не состоит в браке	22	43,1%	18	35,3%	0,4198
зарегистрированный брак	12	23,5%	16	31,37%	0,3731
гражданский брак	15	29,5%	17	33,33%	0,6769
разведена	2	3,9%	-	-	0,1544
Отношения с мужем					
	Замужние женщины с ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей до 18 лет (n=27)		Замужние женщины с ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей после 18 лет (n=33)		Достоверность различий (p)
	Абс	Отн	Абс	Отн	
конфликтные	22	81,48%	18	54,6%	0,0280
теплые, доброжелательные	3	11,11%	7	21,2%	0,2967
безразличные, холодные	2	7,41%	8	24,2%	0,0824
Муж страдает синдромом зависимости от алкоголя					
да	21	77,78%	21	63,64%	0,2344
нет	6	22,22%	12	36,36%	0,2344
Имеется связь конфликтной ситуации в семье с правонарушением					
есть	22	81,48%	19	57,58%	0,0477
нет	5	18,52%	14	42,42%	0,0477

Роль подэкспертной в семье					
подчиненная	25	92,6%	23	69,7%	0,0274
доминирующая	1	3,7%	9	27,3%	0,0147
равноправие	1	3,7%	1	3%	0,8802
Наличие детей					
	ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей до 18 лет (n=51)		ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей после 18 лет (n=51)		Достоверность различий (p)
	Абс	Отн	Абс	Отн	
есть	30	58,8%	35	68,63%	0,3019
нет	21	41,2%	16	31,37%	0,3019
Отношения со своими детьми					
	Женщины с ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей до 18 лет, имеющие детей (n=30)		Женщины с ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей после 18 лет, имеющие детей (n=35)		Достоверность различий (p)
	Абс	Отн	Абс	Отн	
конфликтные	21	70%	11	31,42%	0,0019
враждебные, с применением физических наказаний	-	-	2	5,72%	0,1833
безразличные	3	1%	2	5,72%	0,3047
теплые, доброжелательные	2	6,67%	12	34,28%	0,0069
лишена родительских прав	4	13,33%	8	22,86%	0,3235
Образование					
	ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей до 18 лет (n=51)		ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей после 18 лет (n=51)		Достоверность различий (p)
	Абс	Отн	Абс	Отн	
средне-специальное	10	19,61%	22	43,13%	0,0105
высшее	3	5,88%	8	15,68%	0,1106
два высших	-	-	1	1,96%	0,3150
неоконченное среднее	8	15,69%	1	1,96%	0,0145
вспомогательная школа	16	31,37%	1	1,96%	0,0001
среднее	12	23,53%	15	29,43%	0,4988
неоконченное средне-специальное	2	3,92%	3	5,88%	0,6466
Источник средств к существованию					
пенсия по возрасту	5	9,8%	16	31,38%	0,0070
нет	42	82,35%	24	47,06%	0,0002
есть постоянное место работы	3	5,88%	5	9,8%	0,4615
пособие на ребенка	1	1,96%	1	1,96%	1,0000
пенсия по инвалидности	-	-	5	9,8%	0,0219
Постоянное место работы					
есть	2	3,92%	6	11,76%	0,1408
нет	49	96,08%	45	88,24%	0,1408

Криминальный анамнез в семье					
нет	43	84,31%	45	88,24%	0,5641
оба родителя	7	13,73%	4	7,84%	0,3376
отец	1	1,96%	1	1,96%	1,0000
мать	-	-	1	1,96%	0,3150
Ранее состояла на учете в КДН					
нет	34	66,67%	46	90,2%	0,0039
да	17	33,33%	5	9,8%	0,0039
Ранее привлекалась к уголовной ответственности					
нет	33	64,71%	33	64,71%	1,0000
привлекалась	18	35,29%	18	35,29%	1,0000
Сопоставление прежнего правонарушения с настоящим					
	Ранее привлекавшиеся к уголовной ответственности женщины с ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей до 18 лет (n=18)		Ранее привлекавшиеся к уголовной ответственности женщины с ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей после 18 лет (n=18)		Достоверность различий (p)
	Абс	Отн	Абс	Отн	
прежнее ПН идентично настоящему	6	33,33%	3	16,67%	0,2484
прежнее ПН не идентично настоящему	12	66,67%	15	23,33%	0,0090
Характер предыдущего правонарушения					
агрессивное	3	16,67%	5	27,78%	0,4227
неагрессивное	15	83,33%	13	72,22%	0,4227
Характер настоящего правонарушения					
	ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей до 18 лет (n=51)		ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей после 18 лет (n=51)		Достоверность различий (p)
	Абс	Отн	Абс	Отн	
агрессивное	33	64,7%	40	78,4%	0,1252
неагрессивное	18	35,3%	11	21,6%	0,1252
Настоящее правонарушение совершено					
в одиночку	43	84,31%	41	80,4%	0,6045
в группе лиц	8	15,69%	10	19,6%	0,6045
Квалификация инкриминируемого деяния в соответствии с УК РФ					
Ст. 111 УК РФ	12	23,53%	13	25,49%	0,8180
Ст. 105 УК РФ	19	37,26%	24	47,06%	0,3163
Ст. 112 УК РФ	1	1,96%	1	1,96%	1,0000
Ст. 158 УК РФ	7	13,73%	2	3,92%	0,0807
Ст. 161 УК РФ	1	1,96%	1	1,96%	1,0000
Ст. 207 УК РФ	1	1,96%	-	-	0,3150

Ст. 228 УК РФ	10	19,6%	3	5,89%	0,0379
Ст. 131 УК РФ	-	-	1	1,96%	0,3150
Ст. 159 УК РФ	-	-	4	7,84%	0,0414
Ст. 188 УК РФ	-	-	1	1,96%	0,3150
Ст. 322 УК РФ	-	-	1	1,96%	0,3150
Структура агрессивных правонарушений					
	ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей до 18 лет (n=33)		ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей после 18 лет (n=40)		Достоверность различий (p)
	Абс	Отн	Абс	Отн	
Ст. 111 УК РФ	12	36,4%	13	32,5%	0,7268
Ст. 105 УК РФ	19	57,6%	24	60%	0,8357
Ст. 161 УК РФ	1	3%	1	2,5%	0,8961
Ст. 131 УК РФ	-	-	1	2,5%	0,3604
Ст. 112 УК РФ	1	3%	1	2,5%	0,8961
Жертва агрессивного правонарушения					
	ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей до 18 лет (n=33)		ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей после 18 лет (n=40)		Достоверность различий (p)
	Абс	Отн	Абс	Отн	
знакомый	15	45,45%	16	40%	0,6392
ребенок	1	3%	5	12,5%	0,1410
внук	1	3%	1	2,5%	0,8961
супруг	11	33,35%	13	32,5%	0,9387
не знакомый	2	6,1%	4	10%	0,5464
мать	2	6,1%	1	2,5%	0,4416
сестра	1	3%	-	-	0,2700
Структура неагрессивных правонарушений					
	ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей до 18 лет (n=18)		ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей после 18 лет (n=11)		Достоверность различий (p)
	Абс	Отн	Абс	Отн	
Ст. 158 УК РФ	7	38,88%	2	18,18%	0,2423
Ст. 207 УК РФ	1	5,56%	-	-	0,4261
Ст. 228 УК РФ	10	55,56%	3	27,26%	0,1370
Ст. 159 УК РФ	-	-	4	36,36%	0,0059
Ст. 188 УК РФ	-	-	1	9,1%	0,1927
Ст. 322 УК РФ	-	-	1	9,1%	0,1927

Настоящая экспертиза					
	ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей до 18 лет (n=51)		ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей после 18 лет (n=51)		Достоверность различий (p)
	Абс	Отн	Абс	Отн	
первичная	47	92,16%	47	92,16%	1,0000
повторная	4	7,84%	4	7,84%	1,0000
Экспертное решение					
вменяемость	17	33,33%	31	60,78%	0,0055
ограниченная вменяемость	9	17,65%	4	7,84%	0,1374
невменяемость	25	49,02%	16	31,38%	0,0692
Наследственная отягощенность					
алкоголизм	22	43,14%	20	39,2%	0,6860
отсутствует	22	43,14%	25	49%	0,5527
психическое расстройство	3	5,88%	6	11,8%	0,2923
зависимость от наркотиков	4	7,84%	-	-	0,0414
Этиология ОРЛ					
смешанная	45	88,24%	39	76,47%	0,1190
токсический генез	5	9,8%	1	1,96%	0,0924
травматический генез	1	1,96%	4	7,84%	0,1690
сосудистая этиология	-	-	7	13,73%	0,0061
Наличие перинатальной патологии					
нет	-	-	51	100%	1,0000
имеется	51	100%	-	-	1,0000
Заболевания сердечно-сосудистой системы					
есть	11	21,57%	24	47,06%	0,0067
нет	40	78,43%	27	52,94%	0,0067
Токсический фактор					
есть	42	82,35%	37	72,55%	0,2363
нет	9	17,65%	14	27,45%	0,2363
Характер токсического воздействия					
	Токсический фактор при ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей до 18 лет (n=42)		Токсический фактор при ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей после 18 лет (n=37)		Достоверность различий (p)
	Абс	Отн	Абс	Отн	
алкоголь	35	83,33%	37	100%	0,0093
наркотические средства	7	16,67%	-	-	0,0093
Черепно-мозговые травмы в анамнезе					
	ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей до 18 лет (n=51)		ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей после 18 лет (n=51)		Достоверность различий (p)
	Абс	Отн	Абс	Отн	
ЧМТ не отмечалось	2	3,92%	8	15,69%	0,0456
ЧМТ в анамнезе	49	96,08%	43	84,31%	0,0456

Характер ЧМТ в анамнезе					
	Перенесшие ЧМТ женщины с ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей до 18 лет (n=49)		Перенесшие ЧМТ женщины с ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей после 18 лет (n=43)		Достоверность различий (p)
	Абс	Отн	Абс	Отн	
без потери сознания и с потерей сознания	8	16,33%	7	16,28%	0,9948
без потери сознания в анамнезе	26	53,06%	29	67,44%	0,1605
с потерей сознания в анамнезе	15	30,61%	7	16,28%	0,1079
Раннее развитие					
	ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей до 18 лет (n=51)		ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей после 18 лет (n=51)		Достоверность различий (p)
	Абс	Отн	Абс	Отн	
в пределах возрастной нормы	22	43,14%	50	98,04%	0,0000
с отставанием в психическом развитии	29	56,86%	1	1,96%	0,0000
Неврологические расстройства					
выраженные изменения	3	6%	2	3,92%	0,6285
умеренно выраженные	25	49%	18	35,29%	0,1609
нерезко выраженные	23	45%	31	60,79%	0,1102
Наличие сопутствующей эндокринопатии					
есть	13	25,5%	12	23,53%	0,8171
нет	38	74,5%	39	76,47%	0,8171
Структура эндокринопатии					
СД	4	7,84%	8	15,69%	0,2186
нет	39	76,47%	38	74,51%	0,8180
дисфункция щитовидной железы	3	5,88%	4	7,84%	0,6954
СД, дисфункция щитовидной железы	5	9,81%	1	1,96%	0,0921
Влияние родов на динамику ОРЛ					
	ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей до 18 лет, имеющие детей (n=30)		ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей после 18 лет, имеющие детей (n=35)		Достоверность различий (p)
	Абс	Отн	Абс	Отн	
не выявлено	29	96,67%	34	97,14%	0,9129
выявлено	1	3,33%	1	2,86%	0,9129
Влияние климактерического периода на динамику ОРЛ					
	ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей до 18 лет (n=51)		ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей после 18 лет (n=51)		Достоверность различий (p)
	Абс	Отн	Абс	Отн	
не выявлено	47	92,16%	43	84,31%	0,2186
выявлено	4	7,84%	8	15,69%	0,2186
МРТ					

проводилось	6	11,76%	13	25,49%	0,0749
результаты отсутствуют	45	88,24%	38	74,51%	0,0749
Результаты МРТ исследования					
	ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей до 18 лет, которым проведено МРТ (n=6)		ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей после 18 лет, которым проведено МРТ (n=13)		Достоверность различий (p)
	Абс	Отн	Абс	Отн	
изменения отсутствуют	2	33,33%	2	15,4%	0,3730
признаки гидроцефалии	4	66,67%	11	84,6%	0,3730
Результаты электроэнцефалографии					
диффузные нарушения биоэлектрической активности мозга	30	58,83%	32	62,75%	0,8703
очаговые изменения	2	3,92%	2	3,92%	1,0000
норма	12	23,53%	12	23,53%	1,0000
судорожная активность	6	11,76%	1	1,96%	0,3647
незначительные изменения	1	1,96%	4	7,84%	0,6154
Проведение реоэнцефалографии					
	ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей до 18 лет (n=51)		ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей после 18 лет (n=51)		Достоверность различий (p)
	Абс	Отн	Абс	Отн	
РЭГ проводилась	6	11,76%	9	17,65%	0,4010
РЭГ не проведена	45	88,24%	42	82,35%	0,4010
Гемодинамически значимые изменения					
	Результаты РЭГ у лиц с ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей до 18 лет (n=6)		Результаты РЭГ у лиц с ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей после 18 лет, имеющие детей (n=8)		Достоверность различий (p)
	Абс	Отн	Абс	Отн	
есть	5	83,33%	8	88,89%	0,7632
нет	1	16,67%	1	11,11%	0,7632
Результаты осмотра глазного дна					
	ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей до 18 лет (n=51)		ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей после 18 лет (n=51)		Достоверность различий (p)
	Абс	Отн	Абс	Отн	
расширение вен глазного дна	35	68,63%	47	92,16%	0,0028
без патологии	16	31,37%	4	7,84%	0,0028

Тип психоорганического синдрома					
	ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей до 18 лет (n=51)		ОРЛ с началом действия экзогенных вредностей после 18 лет (n=51)		Достоверность различий (p)
	Абс	Отн	Абс	Отн	
эксплозивный	47	92,16%	42	82,3%	0,1357
эйфорический	2	3,92%	3	5,9%	0,6436
апатический	-	-	2	3,9%	0,1544
астенический	2	3,92%	4	7,9%	0,3941
Тип психопатоподобных расстройств					
эмоционально-неустойчивый	32	62,74%	28	54,9%	0,4212
диссоциальный	9	17,65%	16	31,37%	0,1073
зависимый	6	11,76%	4	7,84%	0,5055
смешанный	4	7,85%	3	5,89%	0,6956
Экспертно значимые синдромы					
смешанный	26	50,98%	29	56,86%	0,5514
личностных нарушений	23	45,1%	7	13,73%	0,0005
когнитивных нарушений	2	3,92%	15	29,41%	0,0006
Нарушения мышления					
операциональные и динамические	17	33,33%	15	29,4%	0,6688
динамические	12	23,53%	15	29,4%	0,5016
операциональные	22	43,14%	21	41,2%	0,8427
Нарушения интеллекта					
снижение незначительное	4	7,84%	2	3,92%	0,4001
умеренное снижение	42	82,35%	43	84,31%	0,7906
грубое снижение	5	9,81%	6	11,77%	0,7497
Нарушения памяти					
снижена на прошлые события	49	96,08%	48	94,12%	0,6466
снижена на текущие и прошлые события	2	3,92%	3	5,88%	0,6466
Настроение					
ровное	1	1,96%	1	1,96%	1,0000
безучастное, резко снижено	3	5,88%	6	11,76%	0,2951
неустойчивое	45	88,24%	41	80,4%	0,2762
благодушное	2	3,92%	3	5,88%	0,6466

Таблица данных сравнения мужчин (по данным литературы) и основной группы наблюдения женщин с ОРЛ, совершивших правонарушения

	женщины (n=102)		мужчины (n=140)		Достоверность различий р
	abc	отн	abc	отн	
Возрастной период					
18-25 лет	17	16,7 %	60	43,57 %	0,0000
26-30 лет	13	12,7 %	11	7,86 %	0,2132
31-55 лет	48	47,1 %	60	43,57 %	0,5858
56 и старше	24	23,5%	9	5,00 %	0,0000
	41,6 года		32,6 года		
Образование					
неграмотный	-	-	1	0,71 %	0,3938
вспомогательная школа	17	16,68 %	36	25,72 %	0,0932
начальное	1	0,98 %	1	0,71 %	0,8185
неполное среднее	8	7,84 %	23	16,43 %	0,0485
среднее общее	32	31,37 %	28	20 %	0,0431
среднее специальное	32	31,37 %	41	29,29 %	0,7278
неоконченное высшее	8	7,84 %	9	6,43 %	0,6217
высшее	4	3,92 %	1	0,71 %	0,0828
Снижение социального функционирования					
нет	18	17,65 %	69	49,28 %	0,0000
незначительное	10	9,8 %	2	1,43 %	0,0031
неустойчивое	31	30,39 %	48	34,29 %	0,5229
выраженное	43	42,16 %	21	15,00 %	0,0000
Наследственная отягощенность					
алкоголизм	42	41,18%	56	40%	0,4366
отсутствует	47	46,08%	74	52,8%	0,3106
зависимость от наркотиков	4	3,92%	-	-	0,0182
психическое расстройство	9	8,82%	2	4%	0,2812
Этиологические факторы					
перинатальная патология	42	41,18%	50	36 %	0,4128
черепно-мозговые травмы	38	37,25%	56	40 %	0,6647
сердечно-сосудистые заболевания	10	9,8 %	4	2,8 %	0,0000
интоксикации	11	10,79%	28	20 %	0,0543
инфекционная	1	0,98 %	2	1,5 %	0,7724

Экспертно значимые и ведущие синдромы					
смешанный	55	53,92%	4	2,8%	0,0000
личностных нарушений	30	29,41%	80	57,2%	0,0000
когнитивных нарушений	17	16,67%	56	40%	0,0001
Тип личностных изменений					
эмоционально неустойчивый тип	60	58,8 %	80	57,1%	0,7914
диссоциальный тип	25	24,5 %	26	18,6%	0,2660
зависимый тип	10	9,8 %	12	8,6% %	0,7487
смешанный тип	7	6,9 %	22	15,7%	0,0374
Экспертное решение					
вменяемость	48	47 %	84	60 %	0,0449
невменяемость	41	40,2 %	20	14,3 %	0,0000
ограниченная вменяемость	13	12,75 %	36	25,7 %	0,0133
Правонарушения					
агрессивные	73	71,57%	100	71,43%	0,9810
неагрессивные	29	28,43%	40	28,57%	0,9810

Таблица данных по группам наблюдения в зависимости от экспертного решения

	1		2		3		Достоверность различий		
	вменяемые (n=48)		ограниченно вменяемые (n=13)		невменяемые (n=41)		p 1-2	p 1-3	p 2-3
	Абс	Отн	Абс	Отн	Абс	Отн			
воспитывалась									
в неполной семье	19	39,6%	4	30,8%	21	51,2%	0,5615	0,2728	0,1987
в полной семье	24	50%	7	53,8%	12	29,3%	0,8079	0,7206	0,1070
в детском доме	5	10,4%	2	15,4%	8	19,5%	0,6157	0,4802	0,7402
Отношения с воспитывающим лицом									
безразличные, холодные	22	45,8%	6	46,15 %	24	58,5%	0,5615	0,2321	0,4349
конфликтные, с проявлением агрессии, физического насилия	5	10,4%	2	15,39 %	5	12,2%	0,8079	0,7886	0,7655
теплые, доброжелательные	21	43,8%	5	38,46 %	12	29,3%	0,6157	0,1582	0,5356
Материально-бытовые условия жизни									
плохие	13	27%	6	46,2%	23	56,1%	0,1846	0,0053	0,5328
удовлетворительные	34	70,9%	7	53,8%	18	43,9%	0,2438	0,0100	0,5328
хорошие	1	2,1%	-	-	-	-	0,5983	0,3507	1,0000
Проживает									
одна	21	43,7%	5	38,5%	19	46,34 %	0,7366	0,8029	0,6201
в семье	27	56,3%	8	61,5%	22	53,66 %	0,7366	0,8029	0,6201
Семейное положение									
не состоит в браке	18	37,5%	6	46,2%	16	39%	0,5690	0,8846	0,6452
зарегистрированный брак	12	25%	3	23%	13	31,7%	0,8819	0,4833	0,5494
гражданский брак	17	35,4%	4	30,8%	11	26,8%	0,7568	0,3837	0,7790
разведена	1	2,1%	-	-	1	2,5%	0,5983	0,8998	0,5649
Отношения с мужем									
	вменяемые, состоящие в браке (n=29)		ограниченно вменяемые, состоящие в браке (n=7)		невменяемые, состоящие в браке (n=24)		Достоверность различий		
	Абс	Отн	Абс	Отн	Абс	Отн	p 1-2	p 1-3	p 2-3
конфликтные	17	58,62 %	4	57%	20	83,4%	0,9378	0,0504	0,1415
теплые, доброжелательные	8	27,58 %	-	-	2	8,3%	0,1152	0,0740	0,4307
безразличные, холодные	4	13,8%	3	43%	2	8,3%	0,0800	0,5291	0,0281

Муж страдает синдромом зависимости от алкоголя									
да	19	65,5%	6	85,7%	17	70,8%	0,2978	0,6808	0,4281
нет	10	34,5%	1	14,3%	7	29,2%	0,2978	0,6808	0,4281
Имеется связь конфликтной ситуации в семье с правонарушением									
есть	17	58,62%	5	71,43%	19	79,17%	0,5326	0,1106	0,6665
нет	12	41,38%	2	28,57%	5	20,83%	0,5326	0,1106	0,6665
Роль подэкспертной в семье									
подчиненная	20	68,9%	5	71,43%	23	95,83%	0,8963	0,0127	0,0547
доминирующая	8	27,6%	2	28,57%	-	-	0,9590	0,0052	0,0068
равноправие	1	3,5%	-	-	1	4,17%	0,6156	0,8990	0,5829
Наличие детей									
	вменяемые (n=48)		ограниченно вменяемые (n=13)		невменяемые (n=41)		Достоверность различий		
	Абс	Отн	Абс	Отн	Абс	Отн	p 1-2	p 1-3	p 2-3
есть	34	70,8%	8	61,5%	23	56,1%	0,5208	0,1498	0,7315
нет	14	29,2%	5	38,5%	18	43,9%	0,5186	0,1498	0,7315
Отношения со своими детьми									
	вменяемые, имеющие детей (n=34)		ограниченно вменяемые, имеющие детей (n=8)		невменяемые, имеющие детей (n=23)		Достоверность различий		
	Абс	Отн	Абс	Отн	Абс	Отн	p 1-2	p 1-3	p 2-3
конфликтные	12	35,29%	4	50%	16	69,6%	0,4408	0,0110	0,3182
враждебные, с применением физических наказаний	2	5,88%	-	-	-	-	0,4822	0,2365	1,0000
безразличные	2	5,88%	1	12,5%	2	8,7%	0,5130	0,6826	0,7542
теплые, доброжелательные	11	32,36%	-	-	3	13%	0,0611	0,0957	0,2833
лишена родительских прав	7	20,59%	3	37,5%	2	8,7%	0,3123	0,2272	0,0564
Образование									
	вменяемые (n=48)		ограниченно вменяемые (n=13)		невменяемые (n=41)		Достоверность различий		
	Абс	Отн	Абс	Отн	Абс	Отн	p 1-2	p 1-3	p 2-3
средне-специальное	19	39,5%	2	15%	11	26,8%	0,0988	0,2063	0,3851
высшее	5	10,4%	1	8%	5	12,2%	0,7971	0,7886	0,6755
два высших	-	-	-	-	1	2,5%	1,0000	0,2705	0,5649
неоконченное среднее	4	8,5%	-	-	5	12,2%	0,2765	0,5654	0,1861
вспомогательная школа	2	4,1%	4	31%	11	26,8%	0,0039	0,0025	0,7684
среднее	14	29%	6	46%	7	17%	0,2462	0,1831	0,0329
неоконченное средне-специальное	4	8,5%	-	-	1	2,5%	0,2765	0,2250	0,5649

Источник существования									
пенсия по возрасту	8	16,6%	-	-	13	31,7%	0,1151	0,0943	0,0198
нет	31	64,6%	13	100%	22	53,6%	0,0115	0,2920	0,0023
постоянное место работы	7	14,6%	-	-	1	2,4%	0,1431	0,0448	0,5729
пособие на ребенка	2	4,2%	-	-	-	-	0,4524	0,1844	1,0000
пенсия по инвалидности	-	-	-	-	5	12,2%	1,0000	0,0127	0,1861
Постоянное место работы									
есть	7	14,58 %	1	7,69%	-	-	0,5138	0,0109	0,0731
нет	41	85,42 %	12	92,31 %	41	100%	0,5138	0,0109	0,0731
Криминальный анамнез в семье									
нет	44	92%	7	53,85 %	37	90,25 %	0,0009	0,7715	0,0032
оба родителя	2	4%	6	46,15 %	3	7,3%	0,0001	0,4968	0,0011
отец	1	2%	-	-	1	2,45%	0,6073	0,8855	0,5689
мать	1	2%	-	-	-	-	0,6073	0,3626	1,0000
Ранее состояла на учете в КДН									
нет	40	83,33 %	9	69,2%	31	75,6%	0,2557	0,3656	0,6464
да	8	16,67 %	4	30,8%	10	24,4%	0,2557	0,3656	0,6464
Ранее привлекалась к уголовной ответственности									
нет	27	56,25 %	8	61,54 %	31	75,6%	0,7323	0,0562	0,3241
да	21	43,75 %	5	38,46 %	10	24,4%	0,7323	0,0562	0,3241
Соотнесение предыдущего и настоящего правонарушений									
	вменяемые, ранее привлекавшиеся к уголовной ответственности. (n=21)		ограниченно вменяемые, ранее привлекавшиеся к уголовной ответственности. (n=5)		невменяемые, ранее привлекавшиеся к уголовной ответственности. (n=10)		Достоверность различий		
	Абс	Отн	Абс	Отн	Абс	Отн	р 1-2	р 1-3	р 2-3
прежнее ПН идентично настоящему	6	28,57 %	-	-	3	30%	0,1730	0,9346	0,1709
прежнее ПН не идентично настоящему	15	71,43 %	5	100%	7	70%	0,1730	0,9346	0,1709
Характер предыдущего правонарушения									
агрессивное	6	28,57 %	1	20%	1	10%	0,6978	0,2477	0,5912
неагрессивное	15	71,43 %	4	80%	9	90%	0,6978	0,2477	0,5912

Характер настоящего правонарушения									
	вменяемые (n=48)		ограниченно вменяемые (n=13)		невменяемы е (n=41)		Достоверность различий		
	Абс	Отн	Абс	Отн	Абс	Отн	p 1-2	p 1-3	p 2-3
агрессивное	29	60,42 %	11	84,62 %	30	73,17 %	0,1033	0,2047	0,4001
неагрессивное	19	39,58 %	2	15,38 %	11	26,83 %	0,1033	0,2047	0,4001
Настоящее правонарушение совершено									
в одиночку	39	81,25 %	12	92,3%	33	80,49 %	0,3398	0,9276	0,3194
в группе лиц	9	18,75 %	1	7,7%	8	19,51 %	0,3398	0,9276	0,3194
Квалификация инкриминируемого деяния в соответствии с УК РФ									
Ст. 111 УК РФ	12	25%	1	7,7%	12	29,3%	0,3398	0,6487	0,1126
Ст. 105 УК РФ	16	33,1%	10	76,9%	17	41,5%	0,0046	0,4132	0,0261
Ст. 112 УК РФ	1	2,1%	-	-	1	2,4%	0,5983	0,9240	0,5729
Ст. 158 УК РФ	2	4,2%	2	15,4%	5	12,2%	0,1487	0,1628	0,7648
Ст. 207 УК РФ	-	-	-	-	1	2,4%	1,0000	0,2805	0,5729
Ст. 228 УК РФ	10	21%	-	-	3	7,3%	0,0705	0,0688	0,3162
Ст. 131 УК РФ	1	2,1%	-	-	-	-	0,5983	0,3507	1,0000
Ст. 159 УК РФ	4	8,3%	-	-	-	-	0,2826	0,0591	1,0000
Ст. 188 УК РФ	1	2,1%	-	-	-	-	0,5983	0,3507	1,0000
Ст. 161 УК РФ	-	-	-	-	2	4,9%	1,0000	0,1208	0,4160
Ст. 322 УК РФ	1	2,1%	-	-	-	-	0,5983	0,3507	1,0000
Структура агрессивных правонарушений									
	Вменяемые (n=30)		Ограниченно вменяемые (n=11)		Невменяемы е (n=32)		p 1-2	p 1-3	p 2-3
	Абс	Отн	Абс	Отн	Абс	Отн			
Ст. 111 УК РФ	12	40%	1	9%	12	37,5%	0,0587	0,8399	0,0758
Ст. 105 УК РФ	16	53,34%	10	91%	17	53%	0,0265	0,9786	0,0245
Ст. 131 УК РФ	1	3,33%	-	-	-	-	0,5400	0,2980	1,0000
Ст. 161 УК РФ	-	-	-	-	2	6,2%	1,0000	0,1657	0,3978
Ст. 112 УК РФ	1	3,33%	-	-	1	3,3%	0,5400	0,9747	0,5418
Жертва агрессивного правонарушения									
	Вменяемые (n=30)		Ограниченно вменяемые (n=11)		Невменяемые (n=32)		p 1-2	p 1-3	p 2-3
	Абс	Отн	Абс	Отн	Абс	Отн			
знакомый	14	46,67%	8	72,7%	9	28,1%	0,1386	0,1303	0,0090
ребенок	3	10%	-	-	3	9,4%	0,2760	0,9364	0,2917
внук	1	3,33%	-	-	1	3,1%	0,5400	0,9591	0,5546
супруг	11	36,67%	2	18,2%	11	34,4%	0,2602	0,8519	0,3130
не знакомый	1	3,33%	-	-	5	15,6%	0,5400	0,1022	0,1635
мать	-	-	1	9,1%	2	6,3%	0,0944	0,1622	0,7538
сестра	-	-	-	-	1	3,1%	1,0000	0,3310	0,5546

Структура неагрессивных правонарушений									
	Вменяемые (n=18)		Ограниченно вменяемые (n=2)		Невменяемые (n=9)		p 1-2	p 1-3	p 2-3
	Абс	Отн	Абс	Отн	Абс	Отн			
Ст. 158 УК РФ	2	11,1%	2	100%	5	55,56%	0,0029	0,0129	0,2373
Ст. 207 УК РФ	-	-	-	-	1	11,1%	1,0000	0,1498	0,6212
Ст. 228 УК РФ	10	55,56%	-	-	3	33,34%	0,1360	0,2760	0,3383
Ст. 159 УК РФ	4	22,22%	-	-	-	-	0,4561	0,1255	1,0000
Ст. 188 УК РФ	1	5,56%	-	-	-	-	0,7322	0,4710	1,0000
Ст. 322 УК РФ	1	5,56%	-	-	-	-	0,7322	0,4710	1,0000
Настоящая экспертиза									
	Вменяемые (n=48)		ограниченно вменяемые (n=13)		Невменяемые (n=41)		p 1-2	p 1-3	p 2-3
	Абс	Отн	Абс	Отн	Абс	Отн			
первичная	44	91,67%	10	76,9%	40	97,56%	0,1383	0,2290	0,0132
повторная	4	8,33%	3	23,1%	1	2,44%	0,1383	0,2290	0,0132
Наследственная отягощенность									
имеется	22	45,8%	7	53,9%	26	63,4%	0,6039	0,0969	0,5404
отсутствует	26	54,2%	6	46,1%	15	36,6%	0,6039	0,0969	0,5404
Характер наследственной отягощенности									
	Вменяемые (n=22)		ограниченно вменяемые (n=7)		Невменяемые (n=26)		p 1-2	p 1-3	p 2-3
	Абс	Отн	Абс	Отн	Абс	Отн			
алкоголизм	16	72,7%	5	71,4%	21	80,8%	0,9466	0,5058	0,5891
психическое расстройство	5	22,8%	2	28,6%	2	7,7%	0,7550	0,6809	0,1328
зависимость от наркотиков	1	4,5%	-	-	3	11,5%	0,5679	0,3809	0,3468
Этиология ОРЛ									
	Вменяемые (n=48)		ограниченно вменяемые (n=13)		Невменяемые (n=41)		p 1-2	p 1-3	p 2-3
	Абс	Отн	Абс	Отн	Абс	Отн			
смешанная	39	81,2%	13	100%	32	78%	0,0903	0,7082	0,0639
токсический генез	2	4,2%	-	-	4	9,7%	0,4524	0,3021	0,2433
травматический генез	2	4,2%	-	-	3	7,3%	0,4524	0,5270	0,3162
сосудистая этиология	5	10,4%	-	-	2	5%	0,2250	0,3469	0,4111
Наличие перинатальной патологии									
нет	31	64,6%	4	30,7%	16	39%	0,0283	0,0159	0,5891
имеется	17	35,4%	9	69,3%	25	61%	0,0283	0,0161	0,5891
Заболевания сердечно-сосудистой системы									
есть	17	35,4%	4	30,7%	14	34%	0,7517	0,8900	0,5891
нет	31	64,6%	9	69,3%	27	66%	0,7517	0,8900	0,5891
Токсический фактор									
есть	34	70,8%	12	92,3%	33	80,5%	0,1104	0,2904	0,3185
нет	14	29,2%	1	7,7%	8	19,5%	0,1104	0,2904	0,3198

Черепно-мозговые травмы в анамнезе									
ЧМТ не отмечалось	7	14,6%	-	-	3	7,3%	0,1431	0,2771	0,3162
ЧМТ в анамнезе	41	85,4%	13	100%	38	92,7%	0,1431	0,2771	0,3162
Характер черепно-мозговых травм									
	вменяемые, перенесшие ЧМТ (n=48)		ограниченно вменяемые, перенесшие ЧМТ (n=13)		невменяемые, перенесшие ЧМТ (n=41)		Достоверность различий		
	Абс	Отн	Абс	Отн	Абс	Отн	p 1-2	p 1-3	p 2-3
без потери сознания и с потерей сознания	7	17,1%	1	7,7%	7	18,4%	0,4010	0,8727	0,3570
без потери сознания в анамнезе	26	63,4%	8	61,5%	21	55,3%	0,8998	0,4375	0,6942
с потерей сознания в анамнезе	8	19,5%	4	30,8%	10	26,3%	0,3822	0,4448	0,7512
Раннее развитие									
	Вменяемые (n=48)		ограниченно вменяемые (n=13)		Невменяемые (n=41)		Достоверность различий		
	Абс	Отн	Абс	Отн	Абс	Отн	p 1-2	p 1-3	p 2-3
в пределах возрастной нормы	41	85,4%	8	61,6%	23	56,1%	0,0555	0,0022	0,7267
с отставанием в психическом развитии	7	14,6%	5	38,4%	18	43,9%	0,0555	0,0022	0,7267
Возраст начала развития ОРЛ									
до 18 лет	17	35,4%	9	69,3%	16	39%	0,3373	0,7260	0,0562
после 18 лет	31	64,6%	4	30,7%	25	61%	0,0283	0,7260	0,0562
Неврологические расстройства									
выраженные изменения	-	-	-	-	5	12%	1,0000	0,0135	0,1902
умеренно выраженные	15	31,25%	4	30,7%	24	58,5%	0,9697	0,0718	0,0805
нерезко выраженные	33	68,75%	9	69,3%	41	29,5%	0,9697	0,0002	0,0104
Наличие сопутствующей эндокринопатии									
есть	9	18,75%	6	46,2%	10	24,4%	0,0415	0,5168	0,1337
нет	48	81,25%	7	53,8%	31	75,6%	0,0415	0,5168	0,1337
Структура эндокринопатии									
СД	6	12,5%	1	8%	5	12,2%	0,6524	0,9658	0,6755
нет	39	81,3%	6	46%	32	78%	0,0103	0,6992	0,0278
дисфункция щитовидной железы	2	4,2%	3	23%	2	4,9%	0,0285	0,8741	0,0498
СД, дисфункция щитовидной железы	1	2%	3	23%	2	4,9%	0,0063	0,4476	0,0498
Влияние родов на динамику ОРЛ									
	вменяемые, имеющие детей (n=34)		ограниченно вменяемые, имеющие детей (n=8)		невменяемые, имеющие детей (n=23)		Достоверность различий		
	Абс	Отн	Абс	Отн	Абс	Отн	p 1-2	p 1-3	p 2-3
не выявлено	34	100%	8	100%	21	91,3%	1,0000	0,0800	0,3884
выявлено	-	-	-	-	2	8,7%	1,0000	0,0800	0,3884

Влияние климактерического периода на динамику ОРЛ									
	вменяемые (n=48)		ограниченно вменяемые (n=13)		невменяемые (n=41)		Достоверность различий		
	Абс	Отн	Абс	Отн	Абс	Отн	р 1-2	р 1-3	р 2-3
не выявлено	43	89,6%	11	84,6%	36	87,8%	0,6157	0,7886	0,7648
выявлено	5	10,4%	2	15,4%	5	12,2%	0,6157	0,7886	0,7648
МРТ									
проводилось	10	20,9%	-	-	9	22%	0,0713	0,8996	0,0639
результаты отсутствуют	38	79,1%	13	100%	32	78%	0,0713	0,8996	0,0639
Результаты МРТ исследования									
	вменяемые (n=10)		ограниченно вменяемые (n=0)		невменяемые (n=9)		Достоверность различий		
	Абс	Отн	Абс	Отн	Абс	Отн	р 1-2	р 1-3	р 2-3
изменения отсутствуют	2	20%	-	-	2	22,2%	0,0000	0,8741	0,4160
признаки гидроцефалии	8	80%	-	-	7	77,8%	0,1139	0,9699	0,1112
Результаты электроэнцефалографии									
	вменяемые (n=10)		ограниченно вменяемые (n=0)		невменяемые (n=9)		Достоверность различий		
	Абс	Отн	Абс	Отн	Абс	Отн	р 1-2	р 1-3	р 2-3
диффузные нарушения биоэлектрической активности мозга	32	66,7%	8	61,5%	22	53,65 %	0,7263	0,2090	0,6197
очаговые изменения	2	4,15%	-	-	2	4,9%	0,4552	0,8648	0,4160
норма	9	18,75%	4	30,8%	11	26,8%	0,3467	0,3644	0,7790
судорожная активность	3	6,25%	-	-	4	9,75%	0,3553	0,5409	0,2420
незначительные изменения	2	4,15%	1	7,7%	2	4,9%	0,5991	0,8648	0,7014
Проведение реоэнцефалографии									
РЭГ проводилась	7	14,6%	2	15,4%	6	14,64%	0,9425	0,9958	0,9464
РЭГ не проведена	41	85,4%	11	84,6%	35	85,36%	0,9425	0,9958	0,9464
Гемодинамически значимые изменения									
	вменяемые (n=7)		ограниченно вменяемые (n=2)		невменяемые (n=6)		Достоверность различий		
	Абс	Отн	Абс	Отн	Абс	Отн	р 1-2	р 1-3	р 2-3
есть	5	71,4%	2	100%	6	100%	0,3911	0,1544	1,0000
нет	2	28,6%	-	-	-	-	0,0285	0,1544	1,0000
Результаты осмотра глазного дна									
	Вменяемые (n=48)		ограниченно вменяемые (n=13)		Невменяемые (n=41)		Достоверность различий		
	Абс	Отн	Абс	Отн	Абс	Отн	р 1-2	р 1-3	р 2-3
расширение вен глазного дна	39	81,25%	10	76,9%	33	80,5%	0,7264	0,9285	0,7788
без патологии	9	18,75%	3	23,1%	8	19,5%	0,7264	0,9285	0,7788

Тип психоорганического синдрома									
эксплозивный	41	86%	11	84,6%	37	90,3%	0,8982	0,5341	0,5682
эйфорический	4	8%	1	7,7%	-	-	0,9717	0,0641	0,0729
апатический	1	2%	-	-	1	2,4%	0,6073	0,8976	0,5729
астенический	2	4%	1	7,7%	3	7,3%	0,5794	0,4531	0,9617
Экспертно значимые синдромы									
смешанный	30	62,5%	5	38,5%	16	39%	0,1206	0,0270	0,9743
личностных нарушений	16	33,33%	6	46,1%	14	34,1%	0,9584	0,9389	0,4349
когнитивных нарушений	2	4,17%	2	15,4%	11	26,9%	0,1469	0,0025	0,1212
Нарушения мышления									
операциональные и динамические	2	4,2%	3	23%	27	65,85%	0,0285	0,0000	0,0067
динамические	16	33,3%	5	38,5%	6	14,64%	0,7263	0,0419	0,0628
операциональные	30	62,5%	5	38,5%	8	19,51%	0,1206	0,0000	0,1629
Нарушения интеллекта									
снижение незначительное	4	8,3%	-	-	2	4,9%	0,2826	0,5235	0,4160
умеренное снижение	41	85,4%	13	100%	31	75,6%	0,1436	0,2396	0,0485
грубое снижение	3	6,3%	-	-	8	19,5%	0,3533	0,0595	0,0845
Нарушения памяти									
снижена на прошлые события	48	100%	13	100%	36	87,8%	1,0000	0,0127	0,1861
снижена на текущие и прошлые события	-	-	-	-	5	12,2%	1,0000	0,0127	0,1861
Настроение									
ровное	5	10,5%	-	-	1	2,5%	0,8735	0,1355	0,5649
безучастное, резко снижено	1	2%	1	7,7%	8	19,5%	0,0160	0,0062	0,3198
неустойчивое	42	87,5%	12	92,3%	28	68%	0,6301	0,0256	0,0823
благодушное	-	-	-	-	5	12%	1,0000	0,0135	0,1902

Клиническое наблюдение № 1

Подэкспертная С., 1972 года рождения (47 лет), обвиняемая в грабеже.

Сведения о наследственной отягощенности по психическим заболеваниям отсутствуют. Родилась старшим ребенком в семье рабочих. В возрасте 3-х лет после антибиотикотерапии осложнения ОРВИ (острой респираторно-вирусной инфекции) потеряла слух. В психомоторном развитии отставала от сверстников, в связи с чем в возрасте 7 лет была оформлена во вспомогательную школу, где успевала удовлетворительно, классы не дублировала. После окончания 9 классов поступила в Художественное училище по специальности «художник». По характеру формировалась обидчивой, вспыльчивой, часто ввязывалась в драки, в которых неоднократно перенесла черепно-мозговые травмы, после чего участились головные боли, головокружения, появилась метеочувствительность. Не работала, проживала с матерью на ее пенсию по возрасту. Друзей практически не имела из-за присущей ей склонности к вспыльчивости, раздражительности. С 17 лет в одиночестве систематически употребляла спиртные напитки, быстро сформировался похмельный синдром. В возрасте 25 лет впервые попробовала героин интраназально, состояние опьянения понравилось, сопровождалось беспечностью, легкостью, приятным зудом кожи. Практически сразу начала систематическое употребление наркотиков, быстро возросла толерантность. Сформировался абстинентный синдром в виде выкручивающих болей в суставах, преимущественно сенестопатического характера, подавленного настроения, головокружения, непреодолимого влечения к наркотикам, заложенности носа, слезотечения, чихания, бессонницы, рвоты, болей в животе. В 2000г. была осуждена по ст.228 ч.1, 228 ч.4, 69 УК РФ к 4 годам 6 мес. лишения свободы. В 2004г. была поставлена на учет у нарколога с диагнозом: «Синдром зависимости от опиоидов» в связи с обнаружением состояния одурманивания, вызванного опиатами». В 2009г. была осуждена по ст.228 ч.2, 158 ч.2 п «в», 69 ч.3 УК РФ на 5 лет лишения свободы. После освобождения 14.01.2014г. проживала с мужем. 20.01.2014г. возобновила

употребление наркотиков: сделала три инъекции метадона с кокаином. 22.01.2014г. была госпитализирована в наркологический стационар с жалобами на слабость, выкручивающие боли в суставах, головокружение, слезотечение, бессонницу. При осмотре отмечалось, что была ориентирована всесторонне верно, в сознании. Внешне была неопрятна. Настроение было ровное. Беседу поддерживала охотно, на вопросы отвечала правильно, анамнестические сведения сообщала последовательно, подробно. Масштабы и сроки наркотизации раскрывала, к своему состоянию относилась формально критично. Говорила, что настроена на лечение, «устала, жалко родителей». Мышление было логичное, в обычном темпе, последовательное, по ассоциативному типу. Память была не нарушена. Интеллект соответствовал образованию и жизненному опыту. На момент осмотра продуктивной психопатологической симптоматики не обнаруживалось. На фоне лечения состояние улучшилось: стала активнее, бодрее. Фон настроения стал выравниваться, восстановился сон. 01.02.2014г. отказалась от лечения, на уговоры не поддавалась. Была выписана с улучшением 03.02.2014г. с диагнозом: «Психические и поведенческие расстройства вследствие злоупотребления опиоидами. Синдром зависимости 2 ст.». В апреле 2015г. была осуждена по ст.30 ч.3 ст. 158 ч.2 п «г» УК РФ к 2 годам и 6 мес. лишения свободы. По месту жительства характеризуется отрицательно, постоянно конфликтовала с жильцами дома, на замечания не реагировала. Состояла на учете в территориальном центре как ранее судимая, склонная к совершению краж и употреблению наркотических веществ. **Как известно из материалов уголовного дела, С. обвиняется в том, что в она 11.07.2018г. в 15.00 в магазине «Мособувь» похитила у продавца мобильный телефон и скрылась с места преступления.** Допрошенная в качестве подозреваемой С. сообщила, что проживает с мамой, не работает. От дачи показаний отказалась, сославшись на ст.51 Конституции РФ. В этот же день в отношении С. была избрана мера пресечения в виде подписки о невыезде и надлежащем поведении. При проведении по данному делу первичной амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы контакт с подэкспертной был затруднен в связи с тугоухостью. Сознание было

не помрачено. На вопросы отвечала невнятно, периодически показывала жестами. Ориентирована была формально верно. Жаловалась на боли в голове. Крутила пальцем у виска, говорила, что «слышит голоса в голове и ушах». Более подробно описать свое состояние затруднялась. Не отрицала, что состояла на учете у нарколога. Вину в инкриминируемом ей деянии отрицала, при этом подробности его не описывала. Мышление было малопродуктивное, с непоследовательностью, нечеткостью, противоречивостью суждений. Эмоциональные реакции были однообразные, маловыразительные. Критические способности нарушены. Экспертные и диагностические вопросы решены не были. Рекомендовалось проведение стационарной судебно-психиатрической экспертизы. При обследовании в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ России (с участием сурдопереводчика) установлено следующее. **Соматическое состояние.** Предъявляет жалобы на боль в горле, дискомфорт за грудиной. головную боль, боль в животе. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. На верхних конечностях многочисленные татуировки. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет. Тоны сердца ясные, приглушены. ЧСС 68 в минуту. Артериальное давление 120/70 мм.рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Иммуноферментный анализ антител к *Treponema Pallidum* (возбудитель сифилиса) в сыворотке крови отрицательный. Заключение оториноларинголога: «Нейросенсорная тугоухость». Заключение гинеколога: «Трихомониаз», «Дисфункциональные нарушения менструального цикла». **Неврологическое состояние.** Предъявляет жалобы на головокружения, головные боли в височных областях. При осмотре в височной и лобной области травматические шрамы. Контакт затруднен в связи со сниженным слухом. Говорит громким голосом, речь плохо модулирована. Инструкции выполняет частично. Менингеальные симптомы отсутствуют. Глазные щели симметричные. Зрачки равновеликие, фотореакция сохранена. Конвергенция ослаблена с 2-х сторон. Выявляется девиация языка влево. Сухожильные и

периостальные рефлексы с рук, ног оживлены, больше справа. Брюшные рефлексы живые. В позе Ромберга неустойчива, выявляется тремор пальцев рук. Пальценосовую и координаторную пробы выполняет удовлетворительно. Парезов, параличей нет. При осмотре офтальмологом на глазном дне выявляется умеренное расширение вен сетчатки. При проведении дуплексного сканирования ветвей дуги аорты гемодинамически значимых изменений кровотока не выявлено. При проведении реоэнцефалографии выявляются косвенные признаки остеохондроза шейного отдела позвоночника. Угрожаема по развитию гипертонической болезни. При проведении электроэнцефалографии выявляются диффузные (между нерезкими и умеренными) изменения биоэлектрической активности мозга резидуально-органического характера с признаками сниженного тонуса активирующих мозговых механизмов и низкой функциональной активности коры головного мозга. Нагрузка с гипервентиляцией выявляет признаки раздражения диэнцефальных и лимбических структур. Легкий акцент органических знаков определяется в левом полушарии. Заключение невролога: «Последствия токсического, травматического воздействия на ЦНС с рассеянной неврологической симптоматикой, легкой вестибулоатаксией, цефалгией. Нейросенсорная тугоухость IV степени». **Психическое состояние.** Внешне опрятна. Волосы коротко острижены. Мимика живая и выразительная. В контакт вступает с внешней готовностью, улыбается, при этом продуктивность контакта снижена в связи с установочным поведением и аггравацией подэкспертной. Дистанцию в целом соблюдает. Держится с бравадой и переоценкой собственной личности. Демонстративна. Речь дизартричная, голос громкий. Предъявляет жалобы на «шум» в ушах, «голоса», «видения», «боль во всем теле». При этом выражение лица становится демонстративно страдальческим, подчеркивает, что мучается от множества заболеваний. опережая вопросы, заявляет, что не знает, какое сейчас время года, какое число, якобы сейчас лето, при этом довольная улыбается. Узнав дату комиссии, не была удивлена расхождению с указанной ею датой. Подчеркивает, что не знает, где и зачем находится. Указывает, «долго была в коме» и теперь

ничего не помнит из своей жизни. Тут же интересуется возможностью встретиться с адвокатом, настаивает на оповещении следователя о нахождении ее «в больнице». Сообщает, что считает себя психически больной, что аргументирует снижением памяти, наличием «голосов», и «видений». На ряд простых вопросов дает нелепые ответы, при этом смеется, внимательно следит за реакцией врача. Однако на более сложные вопросы отвечает без видимых затруднений. Сообщая анамнестические сведения, на многие вопросы заявляет, что она потеряла память и ничего о себе не знает. Тут же признает, что употребляла наркотики в компании знакомых. Вину в инкриминируемом деянии не признает, настаивает, что ее оговорили, т.к. она «похожа» на ту девушку. Подэкспертная в период пребывания в отделении часто не соблюдала дистанцию, была навязчива с многочисленными жалобами на «шум в ушах», боль в различных частях тела. В разрешенные для свиданий с адвокатом дни требовала связаться с ее следователем, вызвать ей адвоката. С недовольством указывала, какое количество раз не явился адвокат. Поведением обманов восприятия не обнаруживала. Бредовых идей не высказывала. Подэкспертная выявляет тугоподвижное мышление. Суждения поверхностные, легковесные, с внешнеобвиняющими тенденциями. Внимание труднопереключаемое, истощаемое. Эмоционально неустойчива, огрублена, склонна к реакциям раздражения. Грубых нарушений памяти не выявляется. Критические и прогностические способности сохранены. **При экспериментально-психологическом исследовании** на первый план выступает актуальная мотивация подэкспертной, вместе с тем ей доступно проведение мыслительных операций по категориальным и функциональным основаниям, установления логических соотношений, оперирования условными смыслами на несложном материале выявляются некоторые трудности вербализации найденных решений. Ассоциации соответствуют словам-стимулам. Подэкспертную отличают черты демонстративности, эмоциональная неустойчивость, ограниченность круга интересов, склонность к непосредственной реализации возникающих побуждений с малообдуманностью совершаемых действий, сниженной функцией

планирования, недостаточным учетом всех обстоятельств происходящего и возможных последствий, игнорированием морально-этических и конвенциональных норм при в целом ориентации в них и социально-значимых аспектах ситуаций, способности к коррекции поведения в соответствии с ними в реальных обстоятельствах в зависимости от их значимости и окружающих. В межличностной сфере подэкспертную отличают малообщительность, недоверчивость, настороженность и некоторая подозрительность; общительность в нейтральных ситуациях сочетается с некоторой закрытостью в сфере собственных переживаний.

Анализ представленного клинического наблюдения показывает, что начало действия значимых для развития ОРЛ экзогенных вредностей у С. пришлось на ранний период детства (антибиотикотерапия осложнения ОРВИ) с развитием у нее тугоухости, задержки психомоторного развития, что ограничило ее способность к обучению по программе массовой общеобразовательной школы. В последующем у нее отмечалось благоприятное течение заболевания с хорошей социальной адаптацией, условной стабилизацией динамики, что позволило ей окончить вспомогательную школу, получить специальность в училище. При дальнейшем анализе анамнеза и психического состояния С. легко прослеживается не только хронологическая, но и причинно-следственная связь факторов экзогенного влияния и имеющихся впоследствии психических нарушений. Так, с течением времени на фоне неоднократно перенесенных черепно-мозговых травм у С. наблюдалось отчетливое формирование церебрастенической симптоматики (головные боли, повышенная утомляемость, метеочувствительность), эмоционально-волевых нарушений, что создало определенные трудности в повседневном функционировании С. и сопровождалось ее социальной, бытовой и трудовой дезадаптацией (отсутствие собственной семьи, затруднение установления межличностных контактов, места работы). В дальнейшем на фоне употребления психоактивных веществ у подэкспертной отмечалось быстрое формирование психической и физической зависимости от наркотиков и алкоголя, что в совокупности с имеющейся у нее соответствующей рассеянной

неврологической симптоматикой привело к появлению у С. когнитивного снижения, тугоподвижности мышления, истощаемости и труднопереключаемости внимания, эмоциональной неустойчивости, огрубленности, повышенной раздражительности, ограниченности круга интересов, склонности к непосредственной реализации возникающих побуждений с малообдуманностью совершаемых действий, игнорированием морально-этических и конвенциональных норм при в целом ориентации в них и социально-значимых аспектах ситуаций, относительно сохранной способности к коррекции поведения в соответствии с ними в реальных обстоятельствах в зависимости от их значимости. В данном клиническом примере уровень нарушений мышления, памяти, интеллекта, критических и прогностических функций не лишает С. способности демонстрировать защитно-установочное поведение с жалобами на «голоса», «видения», с отслеживанием реакции эксперта и соответствующей корректировкой своих высказываний, что свидетельствует о в целом сохранной способности к целостному осмыслению происходящего и способности к коррекции своего поведения, прогноза последствий своих поступков. Эмоционально-волевые и когнитивные нарушения С. выражены не столь значительно, чтобы лишать ее способности, в том числе в полной мере, осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий или руководить ими в период инкриминируемого ей деяния, очевидно, совершенного по реально-бытовым мотивам с целью получения материальной выгоды.

Клиническое наблюдение № 2

Подэкспертная И., 1951 года рождения (67 лет), обвиняется в убийстве соседки. Сведения о наследственной отягощенности по психическим заболеваниям отсутствуют. Родилась старшей из двоих детей в семье. Раннее развитие протекало без особенностей. С 6 лет пошла в школу. Училась удовлетворительно, классы не дублировала, дисциплину не нарушала. В период обучения в 5 классе перенесла вирусный гепатит А. После окончания 10 классов в течение года работала нормировщицей на стройке, затем в 1968г. поступила в Кооперативный техникум по специальности «товаровед», в 1969г., после смерти матери учебу оставила. В возрасте 18 лет (1967г.) вышла замуж, работала сварщиком. В 1970г. у подэкспертной были преждевременные роды двойней, дети погибли. В последующем родила троих детей в 1971, 1974 и 1982гг. В 1985г. окончила Волгоградский техникум газовой и нефтяной промышленности по специальности «бухгалтер». В период 1986-1988г. работала бухгалтером на железнодорожном вокзале. В последующем трудоустроена не была, ухаживала за больным отцом, который умер в 1998г. В 1994г. с мужем и детьми переехали в г.Рязань, с 2002г. проживает в д. Андреевка Рязанской области с мужем. Как известно из медицинской документации, с 2003г. наблюдалась в поликлинике по месту жительства с диагнозом: «Гипертоническая болезнь II стадии. Хронический гастрит». С 2011г. ей устанавливался диагноз: «Хронический бронхит», в 2013г. выявлена: «Начальная катаракта обоих глаз», в 2013-2014гг. перенесла оперативное удаление катаракты обоих глаз. При осмотре неврологом в феврале 2013г. предъявляла жалобы на сильные головные боли, ухудшение около месяца. Ей устанавливался диагноз: «ЦВБ (церебро-васкулярная болезнь) вследствие церебрального атеросклероза. ХИМ (хроническая ишемия мозга) II стадии. Головная боль напряжения». С 2013г. ей устанавливался диагноз: «Хондроз поясничного отдела позвоночника», с 2013г. – «Болезнь Мортон (утолщение нерва стопы, сопровождающееся болевыми ощущениями)». В ноябре 2014г. получала лечение у терапевта с диагнозом: «ГБ (гипертоническая болезнь)

II стадии, 2 степени, риск 3». В декабре 2014г. вновь осмотрена неврологом, предъявляла жалобы на головные боли. Была в ясном сознании. Фон настроения ровный. Когнитивных нарушений не обнаруживала. Черепно-мозговые нервы были без патологии. Нистагма, речевых нарушений не было. Двигательная сфера сохранна. Мышечный тонус нормальный. Устанавливался диагноз: «ЦВБ вследствие ГБ. Церебросклероз. ДЭП (дисциркуляторная энцефалопатия) II стадии. Хронические цефалгии». С 2014г. по 2016г. в поликлинику не обращалась. Муж подэкспертной характеризовал И. не конфликтной, не агрессивной. Указал, что вместе они периодически употребляли алкогольные напитки, И. 1-2 раза в неделю употребляла пиво. В состоянии опьянения была тихой, спокойной, обычно ложилась спать. Глава сельского поселения, где проживала И., сообщила, что на потерпевшую Ф. поступали жалобы от местных жителей, в связи с тем, что она постоянно высказывала претензии по поводу различных бытовых вопросов: что кто-то выбросил мусор якобы на ее территорию. И. иногда употребляла спиртное, жалоб от соседей на нее не поступало, дома у нее всегда порядок. Глава сельского поселения другого района, где также проживала И., указала, что И. в общении легко идет на контакт, коммуникабельная, общительная, никогда не остается в стороне от чужих проблем, отзывчивая, жалоб и замечаний на нее не поступало. По месту жительства И. характеризуется формально положительно. Соседка И. характеризовала ее спокойной, хозяйственной, гостеприимной, доброй, отзывчивой. В состоянии алкогольного опьянения И. конфликтной не становилась, никогда ни с кем не дралась. Потерпевшая Ф. была болтлива, дотошна, с жителями села «не ладила». Дочь потерпевшей Ф. характеризовала И. скандальной - «чуть что, сразу начинает орать». Указала, что И. с мужем практически каждый день злоупотребляют алкоголем. В состоянии алкогольного опьянения И. вела себя агрессивно, постоянно ругалась на мужа, соседи старались с ней не связываться. Свидетель пояснила, что ее мама, потерпевшая, примерно 5 лет назад сделала замечание И. по поводу того, что И. с мужем при помощи насоса выкачали всю воду из общего колодца, и в нем не осталось воды. После этого И. шла по деревне в состоянии алкогольного

опьянения, кричала в адрес потерпевшей: «Ты будешь гореть». В последующем озлобилась, постоянно искала повод поругаться, придиралась по любому поводу к Ф. На учете у психиатра, нарколога И. не состояла. Ранее к уголовной ответственности не привлекалась. **Как следует из материалов уголовного дела, 24.04.2016, примерно с 08 до 10 часов между И. и Ф. произошла словесная ссора, продолжавшаяся в течение нескольких минут, после которой они разошлись по своим домам. После этого 24.04.2016г. примерно в 14 часов, И. взяла дома на кухне нож, спрятала в рукаве надетого на ней свитера, проследовала к дому Ф., которую повстречала около надворной постройки ее дома, нанесла ей не менее двух ударов клинком в область нижней части живота и бедер. Потерпевшая скончалась на месте. Согласно данным судебно-медицинской экспертизы, смерть Ф. наступила от массивной кровопотери, послужившей непосредственной причиной смерти. При проведении медицинского освидетельствования И. 24.04.2016г., установлено, что 24.04.2016г. около 12.00 она выпила стакан браги, в 22.15 этого же дня состояние опьянения установлено не было. На правой стопе у нее обнаружена округлая рана, со слов И., - «соседка ударила вилами». И. была задержана в этот же день, написала явку с повинной, в которой указала, что из неприязни нанесла соседке 2 удара ножом, в содеянном раскаивается. Начальник ИВС (изолятора временного содержания) пояснила, что с 25 на 26 апреля 2016г. И. содержалась в камере одна, «находилась в сильном депрессивном состоянии» - периодически плакала, ничего не ела, пила только чай, не спала, а просто сидела на кровати, подобрала ноги под себя («по-турецки»), раскачиваясь из стороны в сторону. Свидетель периодически заходила к ней в камеру, пыталась поговорить с ней, И. на разговор не шла, отвечала на ее простые вопросы ответами: «Да» или «Нет», при этом даже не думала, что говорит, была «как бы не здесь». С жалобами или просьбами не обращалась, на здоровье не жаловалась. Днем 26 апреля 2016 года, перед транспортировкой ее в суд для рассмотрения ходатайства об избрании ей меры пресечения, И. «металась» по камере из угла в угол. На вопрос, что с ней происходит и нужно ли ей что-нибудь, сказала, что ей ничего не нужно, добавила: «Я же человека убила, как мне с этим жить дальше.**

Я поняла это только сегодня утром»». В связи с тем, что И. имеет преклонный возраст, на протяжении более 10 лет постоянно проживает в своем доме в деревне, ранее не судима, по месту жительства характеризуется положительно, мера пресечения была изменена на домашний арест. В своем объяснении, в ходе допроса в качестве подозреваемой 24.04.16г. и в качестве обвиняемой 26.04.2016г. И. вину признала полностью, в содеянном раскаивалась. Сообщила, что знала потерпевшую с 2002г., когда переехала в деревню. Конфликты возникали на бытовой почве, считает, что в этом виновата Ф., т.к. она постоянно всем недовольна и со всеми ругалась. Сначала она была против того, что И. с мужем установили в общий колодезь насос. Позже они часто ругались по поводу домашней птицы: из-за того, что то гуси И. зайдут на участок Ф., то куры самой Ф. зайдут на ее участок. И. показала, что, когда птица потерпевшей заходила на ее участок, она просто выгоняла ее, а Ф. специально прогоняла ее домашнюю птицу как можно дальше от дома. 24.04.2016г. она как обычно выпустила гусей на улицу. Примерно через 30-40 минут вышла на улицу посмотреть, где гуси, увидела, что Ф. гонит их по дороге в противоположную дому сторону и отогнала уже примерно на 300 метров. И. утверждала, что уверена, что Ф. точно знала, что это именно ее птица, т.к. ни у кого рядом больше птицы нет, и она специально гнала гусей подальше от дома. Увидев И., Ф. развернулась и пошла в сторону своего дома. Они с Ф. в течение пары минут ругались по поводу птицы, первой начала ругаться И., Ф. обозвала ее «ведьмой» и сказала, что «все равно по одному перебьет ее гусей». Затем И. стала заниматься своими делами по хозяйству. Однако при этом у нее из головы не выходил этот утренний скандал между ней и Ф., она (И.) была сильно обижена на потерпевшую за то, что она в очередной раз ее обругала, причем когда она сама была неправа, ни о чем другом думать не могла. Примерно в 13.00 они с мужем сели обедать, она продолжала думать об этом скандале, все думала, сколько еще это будет продолжаться. Муж вышел во двор, стал заниматься делами по хозяйству, она, сидя за столом на кухне, взяла со стола кухонный нож с деревянной ручкой и, засунув его лезвием внутрь правого рукава своего свитера,

пошла домой к Ф. При этом придерживала нож за рукоять своей правой рукой, чтобы он не упал. И. утверждала, что не может объяснить, зачем именно она туда пошла, в голове все было «как в тумане», не помнит, сколько точно было времени, до дома потерпевшей дошла за пару минут. Ф. была во дворе своего дома. Дальше все происходило очень быстро и как «в тумане». Ф. стала что-то кричать, чтобы она уходила, у нее в руках были вилы, но она держала их острой частью вниз, на И. их не наставляла и не угрожала. И. вытащила нож из рукава свитера, один раз ударила потерпевшую ножом в нижнюю часть живота, Ф. закричала, стала звать свою дочь, пыталась выхватить нож, И. нанесла ей еще один удар в нижнюю часть живота, Ф. смогла схватить нож за рукоять. И. указала, что сразу же после второго удара нож отпустила и пошла к себе домой. По пути домой повстречала дочь потерпевшей, сообщила ей, что «зарезала ее мать». Дочь Ф. ее толкнула, И. упала на землю, на спину, затем поднялась и пошла к себе домой. В тот момент, когда поднималась с земли, стала осознавать, что натворила, «было такое чувство, как будто пришла в себя». Спустя какое-то время после того, как вернулась к себе домой, увидела, что у нее на стопе правой ноги повреждение от штыка вил. Предположила, что это Ф. ткнула ее вилами, но тогда она этого даже не почувствовала. Соседка потерпевшей и подэкспертной, сообщила, что при задержании И. сказала дочери потерпевшей, что ее тоже нужно было убить. Муж подэкспертной в ходе следствия сообщал, что И. и Ф. постоянно ссорились, часто из-за всяких мелочей - то из-за домашней птицы, то из-за собаки, которая громко лает, то из-за колодца, но до драки между ними никогда не доходило. Выразил мнение, что виноваты они обе. 24.04.2016г. утром поведение жены было обычным, ничего странного в ее поведении он не заметил. Около 09ч. 00м., они с супругой выгнали своих гусей на улицу. Примерно в 9-10ч. И. пошла посмотреть, где гуляет домашняя птица. Примерно минут через 10-20 И. вернулась домой, была сильно возбуждена, возмущалась тем, что между ней и Ф. произошел очередной скандал. Говорила, что «от Ф. у нее нет никакой жизни, и она сейчас повесится». Свидетель пояснил, что периодически слышал от жены подобные фразы о том,

что она «повесится из-за Ф.», как только они ссорились с Ф. После того, как И. вернулась домой, сообщила ему, что ударила Ф. ножом, который оставила там же, а Ф. стояла с вилами в руках. Затем И. стала звонить детям и говорить, что она зарезала соседку, и что ее скоро заберет полиция. У нее было возбужденное состояние, она стала принимать свои таблетки, говорила, что сейчас за ней придет полиция, и стала собирать сумку в тюрьму. Жаловалась на головные боли, которые у нее возникали практически каждый день на протяжении как минимум последнего года, из-за этого И. была нервной, возбужденной, но вела себя адекватно. Муж И. указал, что не ожидал от такого поступка от супруги, за все время никогда не было даже намека на то, что она может ударить кого-то ножом. Соседка И. сообщила, что встретила подэкспертную 24.04.2016г. около 09 часов, когда та гнала своих гусей домой. Они с ней покурили на террасе. Свидетель указала, что ей показалось, что И. была спокойной, на здоровье не жаловалась, лишь возмущалась, что Ф. постоянно прогоняет ее домашнюю птицу прочь от дома. Дочь потерпевшей Ф. сообщила, что за день до случившегося она просила И. «смотреть за своими гусями», т.к. они постоянно заходили на территорию дома ее матери. Примерно в 13ч. 30м. видела, как И. шла домой, была сильно возбуждена, кричала в адрес ее матери что-то гневное, разговаривала сама с собой, была пьяной. Свидетель сказала ей: «Что ты делаешь?». Она ответила: «Не лезь. Мы сами разберемся». Когда увидела И. после произошедшего, по ее виду было понятно, что она пьяна, так как от нее пахло спиртным, у нее была невнятная речь. При проведении амбулаторной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы И. предъявляла жалобы на отсутствие аппетита. В месте, времени и собственной личности была ориентирована правильно. Продуктивному контакту была доступна с трудом, постоянно плакала, с трудом сосредоточивалась, при этом достаточно быстро переключалась. На вопросы отвечала по существу. Цель экспертизы после разъяснения понимала правильно. Речь была несколько невнятной, смазанной. В беседе была эмоционально крайне лабильна, слезлива, при разговоре на субъективно неприятные темы рыдала, говорила: «Что же я наделала!».

Выглядела подавленной. Фон настроения был ситуационно выражено снижен. Эмоционально-волевая саморегуляция и самоконтроль были нарушены. Динамика мыслительных процессов значительно снижена. Мышление несколько ригидное, в целом последовательное, целенаправленное. Бредовых идей не высказывала. Обманов восприятия выявлено не было. Внимание было неустойчивым, с выраженной истощаемостью к концу обследования. Анамнестические сведения сообщала в целом подробно, последовательно. Продуктивность интеллектуально-мнестической деятельности была невысокой, снижалась как за счет собственно когнитивных нарушений, так и за счет выраженных трудностей эмоционально-волевой саморегуляции и самоконтроля. Себя психически больной не считала. Самокритичность была недостаточная. Свою вину в инкриминируемом ей деянии признавала. По делу сообщала, что с погибшей имелся длительный конфликт: «как я приехала туда, так все и началось, ее дачники не устраивают», «всегда старалась меня поддеть, подколоть», «из-за колодца был конфликт, засудить меня хотели», «в прошлом году гусей завели, они ходят где хотят, к ней ходят, ей мешают». О конфликте с потерпевшей поясняла: «Скандала-то и не было, так, чтобы на всю деревню или что-то, как всегда все было... у меня все в голове вертелось, что гуси ей мешают, было все в голове... потом покушали с мужем, я со стола убрала, Коля пошел дрова рубить», «дальше я сидела, голова начала болеть, начался в голове шум, колело как иголками, с подбородка до верху» (показывает жестами), «так никогда раньше не болело, хоть и часто голова болит». Отмечала, что в тот момент ни о чем не думала, подробнее ощущения вспомнить не могла, «очнулась, когда меня дочь ее толкнула, я навзничь упала, встала и пошла», «рядом соседка стояла, я сразу ничего не поняла, потом мне сказали, что я соседку зарезала, кто сказал - не помню». О происходящих далее событиях высказывалась путано и противоречиво, не могла отразить хронологию событий, «вроде детям звонила, и милиция тут была, и председатель», «потом увезли меня». Говорила, что после случившегося у нее была выражена сонливость: «Я целыми днями сплю». О своем пребывании в ИВС (изоляторе временного содержания) высказывалась также

отрывочно, не могла пояснить, о чем думала, что чувствовала - «я лежала только и все, плохо было, толком не думала ни о чем, только показалось два раза, как будто меня рукой кто-то по плечу гладит, я тут вспомнила, что у отца покойного день рождения, с этим связала». Относительно данных ею ранее показаний, где она описывала подробности совершенного правонарушения, ничего пояснить не могла - «не знаю, может и говорила так, не помню». На фоне длительных прицельных расспросов, озвучивания данных ей ранее показаний вспоминала некоторые моменты случившегося - «да! я же дочери ее сказала, что я ее мать зарезала», «...она вроде с вилами стояла, потерпевшая». При проведении экспериментально-психологического исследования обнаруживала снижение продуктивности интеллектуально-мнестической сферы в целом. Темп психической деятельности был замедлен, произвольное внимание неустойчиво, с трудностями при распределении и переключении; объем внимания сужен. Продуктивность механической памяти существенно была сниженной. Интеллектуальные возможности в пределах невысокой нормы. Отмечались проблемы с саморегуляцией - от умственного планирования до самоорганизации и контроля, требовалась внешняя организующая и направляющая помощь. Были выявлены нарушения пространственного гнозиса - даже несложные конструктивно-пространственные задачи вызвали растерянность и затруднения, она подолгу ориентировалась в них. Построение умственного плана ей не удавалось, действовала только методом «проб и ошибок». Согласно проективным методам исследования личности выявлялись стеничность, активность, импульсивность, уверенность в себе, склонность к непосредственному отреагированию эмоций при их лабильности, отчетливо выступали потребность в коммуникативных контактах, ярких событиях, эмоциональная лабильность. Экспертные и диагностические вопросы решены не были. Рекомендовалось проведение стационарной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы. При прохождении стационарной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы И. предъявляла жалобы на забывчивость, плохую память. Сознание было ясным. В месте,

времени и собственной личности была ориентирована правильно. Продуктивному контакту доступна, вежлива, дружелюбна, беседовала охотно. На вопросы отвечала по существу. Цель экспертизы после разъяснения понимала правильно. В беседе была эмоционально лабильна, слезлива, при разговоре на субъективно неприятные темы плакала, однако быстро отвлекаясь на посторонние темы, успокаивалась. Фон настроения ситуационно был несколько сниженным. Эмоционально-волевая саморегуляция и самоконтроль нарушены. Динамика мыслительных процессов снижена. Мышление ригидное, инертное, в целом последовательное, целенаправленное. Бредовых идей не высказывала. Обманов восприятия выявлено не было. Внимание с нарушением концентрации, с истощаемостью к концу обследования. Анамнестические сведения сообщала в целом подробно, последовательно. В целом продуктивность интеллектуально-мнестической деятельности нарушена не была. Интеллект соответствовал полученному образованию и образу жизни. Себя психически больной не считала. Свою вину в инкриминируемом ей деянии признавала. По делу сообщала сведения, аналогичные указанным при проведении амбулаторной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы. О происходящих событиях после инкриминируемого деяния высказывалась путано и противоречиво, не могла отразить хронологию событий, «вроде детям звонила, и милиция тут была, и председатель и еще какой-то человек... но я его никак не могла разглядеть, как будто белое пятно», «потом увезли меня». Комиссия пришла к заключению, что И. в период времени, относящийся к совершению инкриминируемого ей деяния и в настоящее время, обнаруживает признаки психического расстройства в форме органического эмоционально лабильного (астенического) расстройства (шифр F06.6 по МКБ-10). В период времени, относящийся к совершению инкриминируемого ей деяния, обнаруживала признаки психического расстройства, относящегося к категории «временные психические расстройства» («исключительные состояния») в форме патологического аффекта (шифр F99.9 по МКБ-10), не могла осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими (ст. 21 УК РФ). В

настоящее время она может осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий, руководить ими, может понимать характер и значение уголовного судопроизводства и своего процессуального положения, участвовать в судебно-следственных действиях, может правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать по ним показания. В применении принудительных мер медицинского характера И. не нуждается. В связи с тем, что у органов предварительного расследования возникли вопросы по имеющемуся заключению судебной психолого-психиатрической экспертизы, была назначена повторная стационарная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. При обследовании в ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» МЗ России установлено следующее.

Соматическое состояние. Предъявляет жалобы на головную боль. Общее состояние удовлетворительное. Нормостенического телосложения. Кожные покровы нормальной окраски. Щитовидная железа плотная, не увеличена, безболезненна. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Артериальное давление 150/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Заключение терапевта: «ИБС (ишемическая болезнь сердца). Стенокардия напряжения II ФК (функциональный класс), Гипертоническая болезнь III степени, АГ (артериальная гипертензия) 3 степени, риск 4. ХСН (хроническая сердечная недостаточность) I-IIА». Заключение гинеколога: «Миома матки».

Неврологическое состояние. Предъявляет жалобы на периодические головные боли, головокружение, повышение артериального давления, ухудшение памяти, боли в области сердца, сухость во рту, неустойчивость при резком изменении положения тела, метеозависимость. При осмотре менингеальные симптомы отсутствуют. Глазная щель шире справа. Зрачки равновеликие, фотореакция сохранена. Конвергенция ослаблена с двух сторон. Сухожильные и периостальные рефлексy с рук, ног одинаковые с обеих сторон; коленные и ахилловы снижены. Брюшные рефлексy живые. Симптомы орального автоматизма Маринеску-Радовичи. В позе Ромберга не устойчива. Пальце-носовую пробу выполняет удовлетворительно. Походка атактическая.

Память снижена. Повышена утомляемость. Чувствительная сфера не изменена. При проведении электроэнцефалографического исследования определяются выраженные диффузные изменения биоэлектрической активности мозга резидуально-органического характера с признаками дисфункции неспецифических лимбико-ретикулярных структур по типу раздражения, усиливающихся при проведении функциональных проб. Акцент изменений определяется в каудальных отделах левого полушария. При проведении эхоэнцефалографии смещения срединных структур не выявляется. Третий желудочек не расширен. Желудочковая система не расширена. Гидроцефальные признаки не выявлены. Дополнительных сигналов небольшое количество. Коэффициент пульсации в норме. На момент осмотра косвенных признаков внутричерепной гипертензии не выявлено. При проведении дуплексного сканирования ветвей дуги аорты толщина комплекса «интима-медиа» 1,5 мм (норма до 1,0 мм), контур ровный. В ветвях дуги аорты «S»-образный ход обеих общих сонных артерий от устья, стенки диффузно уплотнены. Стеноз правой общей сонной артерии в области бифуркации (за счет диффузно утолщенной артериальной стенки до 1,9 мм, контур ровный). Внутренние сонные артерии проходимы от устья, справа «C»-образный изгиб перед входом в полость черепа с ускорением кровотока 0,64-0,86 м/с без нарушения ламинарности. Слева внутренняя сонная артерия обычного хода, кровотоков в пределах нормы? Позвоночные артерии: в V₁ сегменте справа «C»-образный изгиб, слева – «S»-образный изгиб. В V₂ сегменте непрямолинейность хода обеих позвоночных артерий. Ультразвуковые признаки экстравазальной компрессии правой позвоночной артерии в V₂ сегменте, слева – кровотоков в пределах нормы. При проведении реоэнцефалографии в каротидном бассейне пульсовое кровенаполнение у нижней границы нормы с двух сторон. Выявляется умеренная асимметрия кровенаполнения больше слева. Тонус артерий крупного калибра в норме с двух сторон. Тонус артерий среднего и мелкого калибра в норме с двух сторон. Отмечается незначительное повышение тонуса резистивных артериол и пиллярно-капиллярной сети (резистивных артериол и венул). Венозный отток

затруднен. В вертебро-базиллярном бассейне пульсовое кровенаполнение у нижней границы нормы с двух сторон. Выявляется умеренная асимметрия кровенаполнения больше слева. Тонус артерий крупного калибра в норме с двух сторон. Тонус артерий среднего и мелкого калибра в норме с двух сторон. Отмечается незначительное повышение тонуса резистивных артериол, повышение тонуса пиллярно-капиллярной сети (резистивных артериол и венул). Венозный отток затруднен. При проведении рентгенографии черепа структура костей черепа не изменена. Форма и размеры турецкого седла обычные. Сосудистый рисунок усилен. Заключение офтальмолога: «Умеренное расширение вен сетчатки. Артифакция». Заключение невролога: «Дисциркуляторная энцефалопатия II стадии на фоне гипертонической болезни III стадии, атеросклероза. Синдром легкой вестибулоатаксии». **Психическое состояние.** Походка шаркающая. Одежда опрятно, волосы собраны на темени, немного растрепаны. Напряжена, заметно волнуется. В контакт вступает охотно. Дистанцию соблюдает. Предъявляет жалобы на частые сильные головные боли, метеочувствительность последние 3-4 года, снижение памяти. Ориентирована верно. Целью экспертизы считает «подтверждение диагноза из Рязани». При этом себя считает здоровой, говорит: «Я же рассуждаю как здоровая... как это получилось». Заявляет, что не хочет оказаться на несколько лет в психиатрической больнице: «Лучше уж в тюрьме». На вопросы отвечает в плане заданного, некоторые вопросы переспрашивает, или не дослышав, отвечает не по существу. Речь дизартричная. Вопросы подолгу обдумывает, испытывает затруднение в подборе слов, некоторые вспоминает с подсказкой или вовсе не может вспомнить. Имя врача запомнила с третьего раза. При расспросе о проблемах с памятью рассказала, что примерно в 2013-2014гг. стала забывать, как легла спать, не могла вспомнить закрыла ли домашнюю птицу, забывает куда кладет вещи, не могла вспомнить сюжет ранее просмотренного сериала. Путается в подсчете временных промежутков жизни. В ряде случаев потерпевшую называла другим именем. Операции счета затруднены, выполняет с грубыми ошибками, которые самостоятельно не замечает, при указании на них

подолгу исправляет. Анамнестические сведения сообщает непоследовательно, даты некоторых событий прошлых лет называет не точно. Рассказала, что алкоголизировалась с 18 лет, последнее время употребляет алкоголь эпизодически до нескольких раз в неделю, около 1 л. пива, запойные формы пьянства, амнестические формы алкогольного опьянения отрицает. Рыдая, говорит, что раскаивается в инкриминируемом деянии и признает свою вину, хочет понять, как так могло случиться, ведь конфликт, по ее мнению, не стоил такого исхода. При расспросе о деталях произошедшего ссылается на забывчивость. При целенаправленном расспросе признала, что в обед выпила 200 мл. браги. Сообщила, что накануне вечером приходила дочь потерпевшей, угрожала, что если подэкспертная не будет смотреть за своими гусями, «пожалеет». Также говорит, что помнит утренний конфликт с потерпевшей, когда та ей сказала, что перебьет ее гусятам лапы, на что подэкспертная ответила, что в этом случае ей придется заплатить за гусенка как за взрослого гуся... вернувшись домой, занималась домашними делами, после обеда дед ушел заниматься своими делами. Затем ничего не помнит, воспоминания начинаются с того момента, как она собирала в тюрьму сумку, вернувшись домой. При целенаправленном расспросе хотела ли потерпевшая ее ударить, где она находилась, подэкспертная не задумываясь, ответила, что та просто стояла в своем дворе, нападать не собиралась, после полученного ранения звала на помощь дочь. Однако не может пояснить, при каких обстоятельствах получила повреждение вилами. Рассказала, что после случившегося сильно переживала, не было аппетита, только пила кофе, очень много плакала. Примерно через полтора месяца стала выходить из этого состояния, родственники заставляли кушать. Рыдая, сообщает, что до сих пор не может себя простить, что этим преступлением испортила всем жизнь: сын хотел стать послом, дочь поступать в МВД. Критика к инкриминируемому деянию формальная. В период пребывания в отделении первые дни фон настроения был снижен, в последующем адаптировалась, стала общительной, с медперсоналом была вежлива, режим Центра не нарушала. Внимание труднопереключаемое, истощаемое.

Интеллектуально-мнестически снижена. Мышление тугоподвижное. Суждения поверхностные, обстоятельные, с внешнеобвиняющими тенденциями. В отделении ничем себя не проявляла, в меру общалась с другими подэкспертными. Эмоционально лабильна, настроения снижено. Агрессивных, аутоагрессивных тенденций не обнаруживала. Критическая оценка своего состояния снижена.

При проведении экспериментально-психологического исследования на фоне некоторых трудностей вработываемости, склонности к истощаемости с последующим снижением концентрации внимания, а также затруднений дифференциации существенного, ригидности мышления с инертностью и трудностями оттормаживания на аффективно значимых пробах, в целом выявляется способность подэкспертной к проведению операций сравнения, обобщения по существенным, практически значимым признакам с преобладанием функционального, конкретного уровней. В ситуациях затруднений вербализации собственных решений наблюдаются малообдуманные, низкого качества ответы с опорой на поверхностные признаки предметов, застреванием на них, продуцирование цепочки ассоциативных связей с потерей целенаправленности суждений. Целостное осмысление ситуаций для обследуемой несколько затруднено, причинно-следственные связи она устанавливает лишь при незначительном количестве анализируемых элементов (в том числе и в виду сужения объема внимания); условный смысл пословиц и поговорок передает преимущественно через конкретные ситуации. Ее ассоциативные образы в целом соответствуют предложенным понятиям, конкретны, эмоционально насыщены с проекцией своих переживаний и личностных предпочтений. Мнестические процессы снижены. На фоне обеспокоенности подэкспертного создавшейся для него судебной ситуации наблюдается актуальный защитный тип поведения, проявляющийся во внешнеобвиняющих формах реагирования, вытеснении истинных причин негативно сложившихся обстоятельств для сохранения самоуважения и собственной позитивной идентичности как в своих глазах, так и в глазах окружающих. Выявляются такие личностные особенности подэкспертной как преимущественная ориентация в своем поведении на

собственные ригидные представления и оценки с декларацией гиперсоциальных установок; склонность к доминированию при общении с людьми близкого круга; активность, упорство в достижении желаемого при завышенном уровне притязаний, внутренняя готовность к противостоянию по принципиальным для нее вопросам. У подэкспертной выявляются определенные трудности в поддержании ровных и доброжелательных отношений с окружающими, в том числе обусловленные ее чувствительностью к внешнесредовым воздействиям при высокой, но неустойчивой самооценке, на которую оказывают влияние мнения значимых людей. При в целом внешней конформности установок, способности обследуемой к конструктивному разрешению несложных проблем, в субъективно значимых ситуациях, при активном внешнем давлении, у нее отмечается склонность к фиксации на негативных аспектах межличностного коммуницирования и собственных, связанных с ними, актуальных переживаниях с последующим «самовзвинчиванием», образованием повышено значимых аффективных комплексов с охваченностью доминирующей идеей и трудностями переключения. Обнаруживается эмоциональная неустойчивость, повышенная раздражительность, склонность подэкспертной к отреагированию накопившихся отрицательных эмоций, в том числе с легкостью актуализации агрессивного типа поведения, которое трактуется ею как вынужденное в ответ на враждебные действия других при недостаточной целостной оценке существенных аспектов сложившихся обстоятельств, невысоких ресурсах волевого самоконтроля.

Данный клинический пример свидетельствует о наличии у подэкспертной органического расстройства личности в связи со смешанными заболеваниями (сосудистый и токсический фактор) (F 07.08 по МКБ-10). Анамнестические сведения свидетельствуют о многолетнем течении у подэкспертной (примерно с 2003г.) гипертонической болезни с последующим развитием (примерно с 2013г.) церебральной симптоматики, сопровождавшейся жалобами на головные боли, повышенную утомляемость, метеочувствительность, что стало причиной обращения за медицинской помощью с установлением ей диагноза: «Церебро-

васкулярная болезнь, хроническая ишемия мозга II стадии». Динамика течения психического расстройства подэкспертной приобрела неблагоприятный характер на фоне токсического действия алкоголя в результате систематического употребления спиртных напитков, что привело к появлению у нее когнитивного снижения, тугоподвижности мышления, истощаемости, труднопереключаемости внимания, эмоциональной неустойчивости, повышенной раздражительности с тенденцией к застреванию на негативно окрашенных переживаниях и ригидностью усвоенных способов реагирования на фоне невысокого уровня волевого самоконтроля, недостаточности критических и прогностических способностей. У подэкспертной на фоне снижения гибкости психических процессов, ригидности в отстаивании собственных позиций, выраженных эмоционально-волевых нарушений (раздражительность, конфликтность, эксплозивность), в последние годы в клинической картине заболевания ведущими были интеллектуально-мнестические нарушения (снижение памяти, несостоятельность, примитивность суждений, снижение критических способностей). На более отдаленных этапах заболевания под влиянием дополнительных неблагоприятных факторов (токсическое действие алкоголя, эндокринные изменения в инволюционном периоде, прогрессирование сердечно-сосудистой патологии в том числе с поражением сосудов головного мозга) течение болезни приобрело прогрессивный характер с нарастанием и углублением интеллектуально-мнестических нарушений. Указанные изменения психики в сочетании с эмоциональной неустойчивостью, повышенной раздражительностью, недостаточностью волевого самоконтроля, снижением способности к планированию своих поступков и прогнозированию их последствий в условиях субъективно значимой, сложной, психотравмирующей ситуации привели к появлению суицидальных мыслей, усугубились состоянием алкогольного опьянения, способствовавшего реализации непосредственно возникающих побуждений, совершению инкриминируемого деяния. Имеющиеся у И. когнитивные и эмоционально-волевые расстройства с тенденцией к застреванию на негативно окрашенных переживаниях, ригидностью усвоенных

способов реагирования на фоне невысокого уровня волевого самоконтроля не лишали ее способности осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, однако в ситуации алкогольного опьянения ограничивали ее способность в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Учитывая склонность И. к некоторой дезорганизации психической деятельности в субъективно значимых психотравмирующих ситуациях, проявляющейся снижением настроения с суицидальными мыслями, неустойчивостью эмоциональных проявлений во фрустрирующих ситуациях на фоне ригидности и недостаточности критической оценки своего состояния, в случае осуждения И. нуждается в принудительном амбулаторном наблюдении и лечении у психиатра.

Клиническое наблюдение № 3

Подэкспертная Б. 1976 года рождения (43 года), обвиняется в причинении тяжких телесных повреждений своему мужу.

Наследственность отягощена алкоголизмом родителей. Родилась шестой из 7-ми детей в семье рабочих в деревне. Отца не знает. Почти сразу после рождения воспитывалась в детском доме, так как мать была лишена родительских прав. В школу была определена с 6 лет, училась в школе-интернате. Успевала посредственно, классы не дублировала. По характеру была вспыльчивая, своенравная, часто ввязывалась в драки. Окончила 9 классов. В течение 2-х месяцев обучалась в училище по профессии «повар-кондитер». В тот период вдыхала пары клея «момент». Была отчислена за нарушения поведения в общежитии. В январе 1994г. осуждена по ст. 108 ч.1 УК РСФСР к 3 годам лишения свободы с отсрочкой исполнения наказания на 2 года. Трудоустроилась на завод учеником по покраске машин. Постановлением суда от 06.03.1995г. была водворена в места лишения свободы на срок 3 года. В августе 1995г. осуждалась по ст. 158 ч.2 УК РФ к 1 году 11 месяцам лишения свободы в колонии общего режима. В августе 2000 г. была освобождена по амнистии. Судебно-психиатрические экспертизы не проводились. После освобождения в 2000г. жила в г.Кирове у знакомых, работала подсобной рабочей на строительных объектах. В 2001г. уехала в г.Москву, некоторое время работала маляром в частной фирме. В последующем в течение 5 лет работала в Москве в строительной частной фирме мастером отделочных работ. В августе 2005г. в связи с амнистией были прекращены 2 уголовных дела, возбужденных в отношении подэкспертной по ст.ст. 158 ч.2 УК РФ. В марте 2006г. осуждена по ст. 318 ч.1 УК РФ к 2 годам условного лишения свободы. По словам подэкспертной, в последующем она совершила суицидальную попытку (проглотила ртуть) в связи с тем, что не хотела отбывать наказание в местах лишения свободы, находилась на стационарном лечении. К психиатрам не обращалась. Судебно-психиатрические экспертизы не проводились. 05.02.2010г. привлекалась к административной

ответственности по ст. 20.01 ч.1 КоАП РФ. В 2010г. осуждена по ст. 161 УК РФ к 1,3г. лишения свободы условно. Во время следствия проходила судебно-психиатрическую экспертизу. Была признана психически здоровой. В последующем постоянного источника дохода не имела. По данным справки-характеристики, по месту жительства характеризуется отрицательно, на нее неоднократно поступали жалобы от соседей о скандалах, вызванных злоупотреблением спиртными напитками (и суррогатами) с посторонними лицами. На учете у психиатра, нарколога не состояла. В 2018г. получала лечение по поводу туберкулеза легких, имеет 3 группу инвалидности. В 2018г. перенесла тяжелую черепно-мозговую травму, трепанацию черепа слева. Знакомая подэкспертной указывала, что в течение последних 8-9 лет Б. проживала с потерпевшим, с которым в последнее время часто ругалась из-за квартиры. Иногда Б. могла позволить себе ударить потерпевшего. Соседка подэкспертной, указала, что Б. проживала с потерпевшим примерно с 2010г., вместе они злоупотребляли спиртными напитками, приводили в квартиру компании асоциальных лиц. Подэкспертная конфликтовала с соседями. Другая соседка Б. характеризовала ее отрицательно, указывала, что в состоянии алкогольного опьянения Б. ведет себя агрессивно. **Как известно из материалов уголовного дела, Б. обвиняется в том, что она 21.09.2019г. в период времени с 08.00 до 12.39 часов причинила своему мужу тяжкий вред здоровью - нанесла удар ножом в область грудной клетки слева, причинив проникающую колото-резаную рану груди с повреждением перикарда, левого желудочка сердца, плевры и ткани легкого, отчего потерпевший скончался 24.09.2019г. в реанимационном отделении. Потерпевший при поступлении в травматологическое отделение сообщал, что ножевое ранение ему нанес неизвестный мужчина. По данным судебно-медицинской экспертизы трупа, смерть потерпевшего наступила в результате слепого проникающего колото-резаного ранения передней поверхности грудной клетки слева с повреждением мягких тканей груди слева, пристеночной плевры, перикарда, стенки левого желудочка сердца, нижней доли левого легкого, осложнившегося развитием левосторонней тотальной**

гипостатической паренхиматозной фиброзно-лейкоцитарной плевронневмонией. Сотрудник полиции, приехавший на место происшествия, сообщил, что 21.09.2019г. около 13.10 обнаружил Б. в состоянии сильного алкогольного опьянения, которая не могла ничего пояснить по существу случившегося, т.к. у нее заплетался язык, сознание было спутано. В период оказания медицинской помощи потерпевшему Б., будучи в состоянии сильного алкогольного опьянения, уснула на диване, о случившемся ничего не поясняла. Другой сотрудник полиции, прибывший на место происшествия, также указывал, что Б. находилась в состоянии сильного алкогольного опьянения, сказала, что ножевое ранение потерпевшему нанес кто-то на улице. Потерпевший в отделении реанимации, указал, что 21.09.2019г. пришел в кухню, туда зашла Б., которая начала ругаться на него без повода, говорила, что у него на столе лежат крошки, что из-за этого заводятся тараканы и мыши, после чего «завелась», взяла нож и нанесла ему удар, после чего сама вызвала скорую медицинскую помощь. Б. в своем объяснении 22.09.2019г. вину в инкриминируемом деянии признавала, в содеянном раскаивалась. Указала, что в последнее время супруг вместе с ней злоупотреблял спиртными напитками, они употребляли водку, в состоянии алкогольного опьянения между ними часто происходили конфликты на бытовой почве, в том числе по поводу того, что он оставил часть принадлежащей ему квартиры их общей знакомой. Пояснила, что потерпевший в основном все время проводит дома, никуда не ходит, т.к. у него болят ноги, он не выходит из квартиры. Пояснила, что 20.09.2019г. она с подругой вечером была в гостях у соседки, вместе они употребляли спиртные напитки. Около 18.00 Б. вернулась домой в состоянии алкогольного опьянения, легла спать. 21.09.2019г. около 08.00 продолжила употреблять спиртные напитки совместно с супругом, в ходе чего между ними возник конфликт на бытовой почве. Пояснила, что она в какой-то момент потеряла самообладание, взяла кухонный нож и нанесла ему один удар в область груди. Указала, что умысла на убийство мужа не имела, удар нанесла «из-за накопившейся обиды». Испугалась того, что совершила и позвонила в скорую медицинскую помощь. Допрошенная в качестве подозреваемой

24.09.2019г. Б. вину признавала полностью, в содеянном раскаивалась. Указала сведения, в целом аналогичные содержанию ее объяснения. Также пояснила, что в период случившегося утром в 10-11 часов употребила накануне недопитую бутылку водки. Пояснила, что, находясь на кухне, стала высказывать потерпевшему претензии относительно того, что ее не устраивала жизнь с ним, т.к. ей казалось, что он крошил на столе, не мыл посуду, по квартире бегали мыши. Утверждала, что у нее был «провал памяти», она не помнила момент нанесения мужу ножевого ранения. Допрошенная в качестве обвиняемой 24.09.2019г. Б. вину признавала полностью, в содеянном раскаивалась. Подтвердила свои показания в качестве подозреваемой. При проведении по данному делу 21.10.2019г. первичной амбулаторной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы контакт с Б. был малопродуктивным, на вопросы отвечала не всегда по существу. Цель направления на экспертизу недопонимала. Во время беседы плакала. Предъявляла жалобы на головные боли. Сообщала, что около года слышала музыку в голове, «голоса», которые обещали хорошую жизнь. Периодически «видела» инопланетян, «сначала появлялся свет, потом существа с большой головой». Фон настроения был снижен, эмоционально лабильна. Мышление замедленное. Память, интеллект снижены. Вину в инкриминируемом деянии отрицала. Указывала, что не помнила, как брала нож, помнила, как увидела кровь и вызвала «скорую». Сложившуюся судебно-следственную ситуацию недопонимала. Экспертные и диагностические вопросы решены не были. Дополнительно допрошенная в качестве обвиняемой 14.11.2019г. Б. сообщила, что не помнит, как наносила удары мужу, т.к. страдает провалами в памяти. Указала, что не хотела его умышленно ударить. Пояснила, что когда находилась на кухне и опохмелилась, то, возможно, ей привиделись мыши, тараканы, в связи с этим она могла начать предъявлять претензии мужу, возможно, хотела убить мышь, когда ударяла его. При обследовании в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ России установлено следующее.

Соматическое состояние. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы нормальной окраски. В левой височно-теменной области дефект костей черепа.

Предъявляет жалобы на частые головные боли, головокружения, шаткость во время ходьбы, рассеянное внимание, ухудшение зрения, колебания артериального давления, боли в позвоночнике. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 68 уд. в 1 минуту, АД 120/70 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Дизурических расстройств нет. **Неврологическое состояние.** Предъявляет жалобы на головные боли, головокружения, шум в ушах, снижение памяти, метеочувствительность. Во время осмотра не всегда соблюдает дистанцию, эмоционально неустойчива. Перебивает врача, вопросы не дослушивает, навязчива с расспросами и жалобами. В левой височно-теменной области дефект костей черепа. Менингеальные симптомы отсутствуют. Глазная щель шире справа. Зрачки равновеликие, фотореакция сохранена. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук, ног равномерно снижены. Брюшные рефлексы живые. В позе Ромберга легкая неустойчивость. Чувствительная сфера не изменена. При проведении электроэнцефалографии определяются диффузные выраженные патологические изменения биоэлектрической активности мозга резидуально-органического характера с признаками дисфункции неспецифических срединных структур лимбико-диэнцефального уровня. Устойчивый очаг органических и ирритативных изменений выявляется в височных отделах левого полушария. Стандартные нагрузки выявляют снижение реактивности мозговых систем. Заключение невролога: «Последствия перенесенной тяжелой черепно-мозговой травмы (2018). Посттравматическая энцефалопатия на фоне злоупотребления алкоголем с цефалгией, вестибулоатаксией. Дефект костей черепа».

Психическое состояние. Ориентирована формально верно. Внешне неопрятна, волосы растрепаны. Держится без учета ситуации, дурашлива. Мимика неадекватная, вычурная, таращит глаза, озирается, к чему-то прислушивается. Эмоционально неустойчива. Охотно вступает в беседу, при этом дистанцию не соблюдает, перебивает врачей. Речь дизартричная, с жаргонными выражениями. Цель экспертизы не осмысливает. Заявляет, что приехала, чтобы ей составили «психологический портрет». На вопросы отвечает не всегда в

плане заданного, подолгу останавливаясь на малозначащих событиях. Порой начинает отвечать, не дослушав вопроса, или задает встречные вопросы. Во время беседы замолкает, к чему-то прислушивается. Признает, что слышала «голос», который запрещал рассказывать о себе. Заявляет, что временами появляется ощущение, что из тела выходит душа - когда «лицо меняется». Указывает, что в подростковом возрасте лечилась в психиатрической больнице в связи с «хулиганством», когда насыпала перец на раскаленную плиту, устроила скандал, ввязалась в драку. Признает, что всегда была вспыльчивой, раздражительной. Сообщая о многочисленных конфликтных ситуациях, становится возбуждена, агрессивна, при этом речь переходит в крик, краснеет лицо, с трудом удерживается на месте. Заявляет, что «эмоции впереди» нее несутся. Анамнестические сведения сообщает путано, сумбурно. Приводит взаимоисключающие данные, противоречий в своих высказываниях не видит. Указывает, что бывает ощущение отсутствия мыслей в голове – «как будто мысль убежала», эпизоды забываний. Признает, что много лет злоупотребляла алкоголем – «для расслабления мышц», нередко употребляла спиртные напитки ежедневно, отмечает эпизоды забываний состояния алкогольного опьянения. Также рассказывает об эпизодах, когда в квартире видела «мышей», «снимала с себя блох», «гонялась за тараканами», которых на самом деле не было. Вину в инкриминируемом деянии признает. Рыдая, рассказывает, что не хотела его убивать. Указывает, что накануне случившегося вечером употребляла водку, примерно в 10 утра в день случившегося опохмелялась. Отмечает в тот период «внутренний зуд», тремор, повышенную тревожность, раздражительность. Поясняет, что потерпевший «знал», что она «постоянно выходит из себя». Утверждает, что у нее в тот период было «помутнение разума» - была «не я». Однако причины своего состояния в тот период пояснить не может. Последовательно рассказать о случившемся затрудняется. Ссылается на забывание. Однако настаивает, что хотела убрать нож в банку, держала его в руке, но «рука вошла сама в тело как в тесто», «все делала машинально». Отмечает, что, увидев кровь, «закричала не

своим голосом». В отделении первое время продуктивность контакта была снижена в связи с эмоциональной неустойчивостью, когнитивными нарушениями подэкспертной. Отмечались эпизоды раздражительности, нарушения сна, предъявляла многочисленные жалобы. Была навязчива с просьбами, без учета ситуации требовала провести ей освидетельствование на инвалидность, сделать пластическую операцию на черепе, после разъяснений продолжала регулярно задавать одни и те же вопросы относительно своего здоровья. На фоне лечения стала более доступна продуктивному контакту. Фон настроения был неустойчивым, эмоциональные реакции неадекватные. Интеллект снижен. Память на текущие и недавно прошедшие события снижена. Внимание трудно переключаемое. Обнаруживает отрывочные слуховые, зрительные обманы восприятия, нецеленаправленное, непоследовательное, обстоятельное мышление. Ригидна. Критические и прогностические способности нарушены.

При экспериментально-психологическом исследовании на фоне малодоступности продуктивного контакта, дезорганизации поведения с расторможенностью вплоть до элементов полевого поведения и ажитацией, выраженной неустойчивостью фона настроения, а также включений своеобразной симптоматики, выявляются особенности восприятия с привнесением ощущения недоброжелательности со стороны окружающих, внутренней напряженности, в целом существенное нарушение критической оценки. Для подэкспертной можно отметить: выраженную неустойчивость эмоционально – волевой сферы, склонность к самовзвинчиванию, неустойчивость и противоречивость мотивации поведения, амбивалентность, демонстративность внешних поведенческих реакций с потребностью в привлечении внимания при личностной и эмоциональной огрубленности, морально – этическом понижении, снижении уровня социальной адаптации, поверхностности коммуникации, непосредственности суждений и проявлений. Указанные особенности в свою очередь сочетаются со своеобразием отдельных суждений и представлений, недоверчивостью к окружающим, легкостью актуализации подозрительности, а также высокой сензитивностью,

обостренной чувствительностью в отношении оценок своей личности; отмечается тенденция к застреванию на негативных аспектах ситуаций и связанных с ними переживаний, аффективная и личностная ригидность, в сочетании с импульсивностью отреагирования побуждений, в том числе и гетеро- и аутоагрессии. В исследовании мыслительной сферы подэкспертной на фоне неустойчивости, колебаний восприятия, повышенной отвлекаемости и трудностей сосредоточения выступают снижение контролирующей функции мышления и трудности самоорганизации; выявляются, в том числе и ситуационно обусловленные, снижение целенаправленности умственной деятельности, колебания уровня и качества решений, понижение интегративных возможностей в сочетании с ригидностью и инертностью психических процессов, замедленной вработываемостью в материал заданий, затруднениями вербализации и подбора обобщающего признака и слова, трудностях разведения существенного и второстепенного, при усложненном характере отдельных формулировок. Темп деятельности преимущественно замедленный. Подэкспертная проводит ряд интеллектуальных операций на стимульном материале невысокой и средней степени сложности. Суждения многословные, в ряде случаев непоследовательные, противоречивые, с актуализацией побочных ассоциаций. Опосредующие образы в целом не противоречат содержанию понятий, невысокого уровня. Мнестические процессы снижены, неустойчивы. Отмечаются признаки утомляемости у подэкспертной.

Анализ представленного клинического наблюдения свидетельствует о смешанном характере этиологии органического расстройства личности и показывает, что начало действия неблагоприятных экзогенных факторов уже в раннем периоде жизни (детский, подростковый возраст). Анамнестические сведения и актуальное психическое состояние Б. позволяют констатировать доминирование в клинической картине заболевания психопатоподобного синдрома (эксплозивный вариант) на фоне имеющихся у нее и интеллектуально-мнестических нарушений. Течение болезни усугублялось в результате воздействия дополнительных неблагоприятных факторов (повторные черепно-

мозговые травмы, массивное злоупотребление алкоголем и его суррогатами). На более отдаленных этапах заболевания наблюдается дальнейшее нарастание психопатологической симптоматики и значительное углубление интеллектуально-мнестических нарушений. Что касается уровня социальной адаптации, на более ранних этапах заболевания (в детском, подростковом возрасте) социальная дезадаптация у Б. была обусловлена выраженностью эмоционально-волевых нарушений, склонностью к токсикомании, употреблению алкоголя с последующим нарастанием тяжести симптоматики, углублением психопатологических проявлений, а также морально-этическим снижением, выраженной личностной деформацией. Асоциальные личностные установки, сниженные адаптационные способности обусловили ее неоднократное привлечение к уголовной ответственности, чему способствовало и отсутствие необходимой медицинской помощи. Семейная и бытовая адаптация Б. также имеет неблагоприятный характер – она не вела домашнее хозяйство, вела асоциальный образ жизни, в отношениях с мужем на фоне совместного злоупотребления спиртными напитками преобладала конфликтность, нередко агрессивные поступки. Таким образом, выраженность психопатологических проявлений, отсутствие контроля со стороны, необходимой медицинской помощи обуславливали стойкую выраженную социальную дезадаптацию Б. Углубление психопатологической симптоматики в последующем, снижение адаптационных способностей, формирование асоциальных личностных установок, отсутствие необходимой социальной коррекции и медицинской помощи обуславливали ее неоднократные деликты, при анализе которых прослеживается их постепенное утяжеление. Имеющиеся у Б. грубые эмоционально-волевые нарушения, когнитивное снижение на фоне отсутствия критики к своему состоянию, лишали ее способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими.

Клиническое наблюдение № 4

Подэкспертная Л. 1950 года рождения (69 лет), обвиняется в убийстве гражданского мужа.

Сведения о наследственной отягощенности по психическим заболеваниям отсутствуют. Родилась третьей из 4-х детей в семье. Раннее развитие протекало без особенностей. Детский сад не посещала. В школу была оформлена с 7 лет, в 6 классе была переведена в другую школу, окончила 8 классов, затем 10-11 класс в школе рабочей молодежи. Поступила в техникум по специальности «технолог по изготовлению кожаных изделий», который окончила в 1974г. В течение 20 лет работала в кожевно-обувном комбинате по специальности «обувщик» рабочей, мастером, заместителем начальника цеха, заместителем начальника отдела технического контроля. В 1969 вышла замуж, в возрасте 18 лет, родила сына. Вскоре с мужем развелась из-за того, что муж злоупотреблял алкоголем. Одна воспитывала сына. С 1982г. работала в отделе технического контроля, с 1987г. по 1992г. в Центре стандартизации метрологии. Заочно училась в техникуме на экономиста. После окончания работала по специальности. С 01.09.1992г. работала главным государственным налоговым инспектором отдела налогов. В 1995г. окончила Пермский финансово-экономический колледж, с 1998г. по 2002г. заочно обучалась в Вятском государственном университете по специальности «менеджмент». С 2002г. проживала с потерпевшим в гражданском браке, до 2008г. работала в налоговой инспекции, ушла на пенсию в должности «главный государственный налоговый инспектор отдела косвенных налогов». По данным характеристики с места работы, Л. трудолюбива, настойчива, исполнительна, дисциплинирована. Занимается самообразованием. В материалах дела представлены почетные грамоты о награждении Л. за многолетний, добросовестный труд, личный вклад в выполнение задач, стоящих перед налоговыми органами. С18.10.2007г. по 09.11.2007г. Л. находилась на стационарном лечении в терапевтическом отделении с диагнозом: «Бронхиальная астма, эндогенная, персистирующая,

средней степени тяжести, обострение, впервые выявленная. Гипертоническая болезнь 2 стадия, риск 4, гипертрофия миокарда левого желудочка, кризовое течение. СН 2 А стадия, 2 ФК. Сахарный диабет 2 типа, впервые выявленный. Абдоминальное ожирение 2 степени. Стабильная стадия. АИТ? Первичный гипотиреоз? Постхолецистэктомический синдром. Острый левосторонний гайморит от 29.10.2007г. Киста верхнечелюстной пазухи справа. Артроз левого тазобедренного сустава. ФНС I». С 24.11.2014г. по 29.11.2014г. Л. находилась на стационарном лечении в хирургическом отделении МНТК «МХГ» г. Кирова с диагнозом: «Перезревшая катаракта правого глаза», 26.11.2014г. проведена операция ФЭК и ИОЛ правого глаза. По словам Л., последние 15 лет она проживала в гражданском браке с мужчиной, с которым эпизодически употребляли спиртные напитки, часто возникали ссоры, в ходе которых он наносил ей черепно-мозговые травмы, за медицинской помощью не обращалась, лечение не получала. Сын подэкспертной в своем объяснении и в ходе его допросов в качестве свидетеля указал, что Л. и потерпевший злоупотребляли спиртными напитками, у них отмечались запои. Л. стала злоупотреблять спиртными напитками в конце 90-х годов, когда начала работать в налоговой инспекции, по выходу на пенсию через некоторое время стала употреблять еще больше спиртного. По характеру спокойная, неконфликтная, однако в состоянии алкогольного опьянения может быть агрессивной. Потерпевший по характеру был спокойный, нелюдимый, вел затворнический образ жизни, последние 2 года не выходил из квартиры, но в состоянии алкогольного опьянения тоже был агрессивным, наносил побои Л., она не обращалась в правоохранительные органы, жалея его. Конфликты между ними происходили, как правило, когда оба были в состоянии алкогольного опьянения. В последнее время с матерью общался редко, последний раз был у нее в гостях 17.11.2017г., до этого практически не общался с ней 3 года из-за злоупотребления ею и потерпевшим спиртными напитками. По месту жительства Л. характеризуется удовлетворительно, спиртными напитками не злоупотребляет, жалоб и заявлений на нее не поступало. Подэкспертная ранее к уголовной ответственности не привлекалась. **Как**

следует из материалов уголовного дела, Л. обвиняется в том, что она 28.02.2018г. в период времени с 15.00 до 23.00, находясь в состоянии алкогольного опьянения по месту жительства, нанесла гражданскому мужу 1 удар в грудь, причинив колото-резаное ранение, от которого он скончался на месте происшествия. Смерть потерпевшего наступила в результате колото-резаного ранения груди с повреждением правого легкого. 01.03.2018г. Л. была проведена судебно-медицинская экспертиза, у нее были выявлены: подкожная гематома и кровоподтек в затылочной области справа, не причинившие вред здоровью. 01.03.2018г. Л. подписала явку с повинной, в которой указала, что ударила ножом гражданского мужа, так как он до этого наносил ей побои. В содеянном раскаивалась. Допрошенная в качестве подозреваемой Л. 01.03.2018г. сообщила, что начала злоупотреблять спиртными напитками после выхода на пенсию, у нее бывают запои по 3 дня, она употребляет только водку. Примерно в 2012-2014г., когда гражданский муж вышел на пенсию, он стал злоупотреблять спиртными напитками, между ними начались словесные конфликты, в ходе которых последние лет 5 он как будто «озверел», стал наносить ей побои. Спиртные напитки употребляли вдвоем, гости к ним не ходили, т.к. муж был молчаливым. Последние 2 года он вообще не выходил из квартиры, не хотел идти даже в магазин, на улицу. В магазин за продуктами ходила только она. Конфликты начинались на пустом месте, при этом трезвым он относился к ней хорошо, не бил, не конфликтовал, был молчаливым. Однако, когда начинал употреблять спиртное, становился агрессивным, постоянно начинал с ней словесный конфликт, оскорблял, выражался нецензурной бранью без причины. Обычно она это терпела, молчала, но потом не выдерживала и начинала ему отвечать, после чего он наносил ей побои. В полицию не обращалась, т.к. жалела его, а не разводилась с ним, т.к. другого жилья не имела. С вечера 26.02.2018г. они с мужем употребляли спиртное каждый день, в течение дня с перерывами на сон на двоих употребили 1 литр водки. 26-27 февраля 2018г. между ними конфликтов не было, все было более-менее нормально и спокойно. 28.02.2018г. она купила 2 бутылки водки по 0,5 л., они употребили немного водки за обедом. Легли спать,

водки оставалось более бутылки. Проснулась 28.02.2017г., они допили бутылку водки, находились в состоянии сильного алкогольного опьянения. Она в ходе распития спиртного достала колбасу из холодильника, взяла в руку нож. Когда она резала колбасу, потерпевший стал ни с того ни с сего громко ее оскорблять нецензурной бранью, она сделала ему замечание, чтобы он стал тише, т.к. могли услышать соседи, он неожиданно для нее схватил ее за волосы, с силой ударил затылочной частью головы о стену не менее 4 раз, причинив сильную физическую боль. При этом муж ей ничего не говорил, угроз не высказывал, просто продолжал оскорблять. Она говорила ему, что ей больно, но он никак не реагировал. Поскольку действия потерпевшего ее сильно разозлили, он причинил ей сильную физическую боль, она решила его наказать, причинить ему боль, чтобы он отстал. У нее была физически возможность оттолкнуть его от себя или ударить рукой, но она этого не сделала, почему не знает. Вместо этого, удерживая нож в правой руке, клинком ножа нанесла прямо удар в область груди потерпевшему, бросила нож и убежала в комнату, чтобы он ее больше не бил, ей было безразлично что было с ним. На кровати она сразу уснула, проснулась через 2-3 часа, около 22 часов, на кухне обнаружила труп потерпевшего. Допрошенная в качестве обвиняемой Л. сообщила сведения, аналогичные содержанию ее явки с повинной, а также указанным ею в ходе допроса в качестве подозреваемой. При проведении по данному делу 28.03.2018г. Л. первичной амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы подэкспертная была в сознании, ориентирована всесторонне верно. Цель направления на экспертизу понимала. В поведении была упорядочена, на вопросы отвечала по существу. Анамнестические сведения сообщала последовательно. Мышление было логичное. Галлюцинаторно-бредовых расстройств не обнаруживала. Фон настроения был снижен. Эмоционально лабильна. Память сохранена. Интеллект достаточный. О правонарушении сообщала, что в тот день с мужем в обед выпили водки, она выпила грамм 100. Во время конфликта муж ее ударил, она ушла спать. Проснулась около 18 часов. Пришла на кухню, чтобы приготовить ужин, муж уже был в состоянии алкогольного опьянения, смотрел телевизор. Она сделала

ему замечание, что соседи могут заругаться, что телевизор работает громко. Ему это не понравилось. В это время она резала колбасу, потерпевший схватил ее за волосы и стал ударять головой об стенку. Она кричала, просила отпустить. Указывала, что не помнила, как ударила мужа ножом. Как только освободилась от него, убежала в комнату на кровать. В это время муж сидел на табуретке. Уснула на кровати. Проснулась около 21.30. Вышла на кухню, увидела, что муж лежит на полу. Потрясла его, думал, что он пьяный. Потом понял, что он умер.

Экспертные и диагностические вопросы решены не были в связи с неясностью клинической картины. Рекомендовалось проведение стационарной судебной комплексной психолого-психиатрической экспертизы. При обследовании в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ России установлено следующее.

Соматическое состояние. Состояние относительно удовлетворительное, гиперстенического телосложения. Кожные покровы бледные. Менингеальные симптомы отсутствуют. Глазные щели шире слева. Конвергенция ослаблена с 2х сторон. Выявляется асимметрия носогубных складок. В позе Ромберга не устойчива, выявляется тремор пальцев рук с 2х сторон. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичны, пульс 80 уд. в 1 минуту, АД 170/90 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Дизурических расстройств нет. Иммуноферментный анализ к *Treponema Pallidum* (возбудитель сифилиса) в сыворотке крови от 30.07.2018г. отрицательный. Заключение эндокринолога: «Избыточный вес. Сахарный диабет 2 типа». Заключение терапевта: «Гипертоническая болезнь II стадии, артериальная гипертензия 2 стадии, риск сердечно-сосудистых осложнений 3. Сахарный диабет II типа, ожирение абдоминального типа. ЖКБ. ХСН I. Холецистэктомия по поводу хронического калькулезного холецистита. Дисфункция сфинктера Одди. Хронический панкреатит, фаза ремиссии».

Неврологическое состояние. При осмотре предъявляет жалобы на колебания артериального давления, «звон» в ушах, головокружения, головные боли, ухудшение зрения, памяти, плаксивость. Менингеальные симптомы отсутствуют. Глазные щели шире слева. Зрачки равновеликие, фотореакция сохранена. Девиация языка вправо. Конвергенция

ослаблена с 2х сторон. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук, ног равновеликие. Пальце-носовую, координаторную пробы выполняет удовлетворительно. Патологический рефлекс Якобсона-Ласка с двух сторон. В позе Ромберга тремор век, не устойчива. Чувствительная сфера не изменена. При осмотре офтальмологом в правом глазу выявляется дистрофия роговицы, дислокация интраокулярной линзы. Деструкция стекловидного тела обоих глаз. На глазном дне умеренное расширение вен сетчатки обоих глаз. На кариограммах структура костей черепа не изменена. Форма и размеры турецкого седла обычные. Твердая мозговая оболочка в лобном отделе частично обызвествлена. При проведении электроэнцефалографии выявляется низкоамплитудная электрическая активность мозга с умеренными диффузными патологическими изменениями органического характера, указывающими на дисфункцию неспецифических стволовых структур по типу значительного снижения функциональной активности на фоне раздражения лимбико-диэнцефальных образований. Стандартные пробы с ритмической фотостимуляцией и гипервентиляцией выявляют низкую реактивность коры головного мозга. Заключение невролога: «Дисциркуляторная энцефалопатия 1-2 стадии на фоне гипертонической болезни 2 стадии, Начальных проявлений атеросклероза, возможно перенесенной травмы головы. Вестибулоатаксия». **Психическое состояние.** Ориентирована формально верно. Выражение лица страдальческое, глаза заплаканы. Плаксива. Фиксирована на сложившейся ситуации. Передвигается медленно. Заинтересованности в обследовании не проявляет. Сидит в однообразной, сгорбившейся позе, втянув голову в плечи. Контакту доступна, однако на вопросы отвечает кратко, после паузы. Дистанцию соблюдает. Держится подчеркнуто вежливо. Фон настроения снижен. Цель экспертизы понимает верно. На вопросы отвечает в плане заданного. Анамнестические сведения сообщает в хронологически верной последовательности. Указывает, что с потерпевшим познакомились в молодости, встречались 30 лет. Проживать стали вместе после смерти его жены по его инициативе, т.к. «ему нужно было, чтобы за ним ухаживали, он не

приспособлен сам себя обслуживать». Указывает, что была в него влюблена, до официального оформления брака отношения были хорошие. Поясняет, что в 2008г. для улучшения жилищных условий сына продала квартиру, в тот период потерпевший охотно согласился, чтобы она оформила долю его квартиры на себя. Указывает, что в 2014г., когда оба вышли на пенсию и не работали, он сильно изменился: перестал выходить из дома, присущие ему ранее малообщительность, злопамятность, обидчивость особенно заострились, он ни с кем не общался, раздражался по мелочам. Отмечает, что особенно его раздражали интимные сцены по телевизору, при том, что эта тема его особенно интересовала в последние несколько лет. Смущенно рассказывает, что у него было нездоровое стремление к интимным отношениям на фоне сниженной потенции. Он «экспериментировал» в этой сфере на ней, привлекал различные «заказанные по телефону приспособления для удовлетворения ее», что вызывало у нее неприятные ощущения. Рыдая, рассказывает, что у него ничего не получалось, но злился он на нее, во всем ее винил, вымещал на ней недовольство, часто избивал. Начинает рыдать навзрыд, долго не может успокоиться. При расспросе указывает, что в последние 2 года плакала каждый день, постоянно думала, как выйти из этой ситуации, на фоне чего у нее нарушился сон, ухудшилось соматическое состояние, постоянно чувствовала разбитость, усталость, упадок сил, нежелание следить за уровнем сахара крови, артериальным давлением. Неоднократно появлялись мысли о самоубийстве. Вину в инкриминируемом деянии признает, раскаивается в содеянном. При этом утверждает, что не помнит, наносила ли удар ножом потерпевшему – «зажмурилась, когда он стал избивать головой об стенку... прощалась с жизнью... очнулась, когда он сидел рядом». Поясняет, что как только смогла, убежала в другую комнату, где долго плакала, сожалела, что он ее не убил, после чего уснула. Проснувшись, обнаружила потерпевшего на полу, подумала, что он упал пьяный. Сообщая об этом, подэкспертная многократно повторяет о том, что винит себя во всем произошедшем, постоянно сожалеет о случившемся. Признает, что «не покидают мысли о самоубийстве». В отделении была

*спокойна, малозаметна, с медицинским персоналом и другими подэкспертными общалась по необходимости. Много времени проводила в пределах палаты, была плаксива, фон настроения оставался сниженным. Подэкспертная обманов восприятия, бредовых идей не обнаруживает. Интеллект соответствует возрасту и полученному образованию. Фон настроения снижен. Внимание труднопереключаемое, истощаемое. Память снижена на события недавнего прошлого. Мышление обстоятельное, тугоподвижное, ригидное. Критика к своему состоянию и судебно-следственной ситуации нарушена. **При экспериментально-психологическом исследовании** на фоне проявления тревожности и мнительности, фиксированности подэкспертной на имеющихся личностных проблемах, обидах и разочарованиях при стремлении придерживаться социально желательных ответов, пессимистической настроенности и слабодушии у подэкспертной выявляется некоторая нечеткость формулировок, эпизодически расплывчатость суждений, актуализация как второстепенных, так и несущественных оснований, субъективных критериев на основе конкретных значимых представлений, при интерпретации ситуаций не всегда замечаются смысловые нюансы. Отмечаются трудности нейтрального решения конфликтов, повышенная чувствительность к внешним раздражителям.*

Определение генеза психических нарушений у Л. не вызывает затруднений, поскольку у нее наблюдалось многолетнее течение (примерно с 2007г.) сердечно-сосудистых заболеваний (гипертонической болезни), эндокринопатий (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы), она многократно перенесла черепно-мозговые травмы, эпизодически употребляла спиртные напитки. В последующем у нее отмечалось отчетливое формирование психоорганического синдрома с церебралитической симптоматикой (головная боль, головокружение, слабость, метеочувствительность, непереносимость жары и духоты), эмоционально-волевыми (эмоциональная неустойчивость с тенденцией к пониженному фону настроения, снижение инициативы и побуждений) и когнитивными (истощаемость внимания, некоторое снижение памяти) расстройствами. На фоне

длительного состояния субъективного дистресса (агрессивное, неадекватное поведение мужа) у Л. появились нарушения сна, сниженное настроение, препятствующие ее социальному функционированию и сопровождавшиеся снижением настроения, аффективными колебаниями с появлением у нее персистирующей тревоги, чувства неспособности справиться со сложившейся ситуацией, психофизического истощения с суицидальными мыслями, доминирующими идеями ненужности и безвыходности. В последующем в условиях хронической психогенно травмирующей ситуации течение психического расстройства Л. приобрело неблагоприятный характер, наряду с соответствующей неврологической симптоматикой у нее наблюдалось наличие когнитивных расстройств (истощаемое, труднопереключаемое внимание; нарушения памяти со снижением воспоминаний событий ближайшего прошлого, ригидность, обстоятельность мышления; облегченность, поверхностность суждений), эмоционально-волевых нарушений в виде эмоциональной лабильности, огрубленности, а также выраженная тенденция к застреванию на негативно окрашенных переживаниях с формированием доминирующих идей самообвинения и самоуничтожения, сниженное настроение, повышенный уровень тревоги, суицидальные мысли при отсутствии критики к своему состоянию и сложившейся ситуации, нарушении прогностических функций, что лишало ее способности осознавать фактический характер своих действий и руководить ими в период инкриминируемого ей деяния. Несмотря на ведущую роль экзогенно-органических повреждающих факторов, формирование, течение и прогноз органического расстройства личности в данном клиническом примере во многом определялся наличием психогенно-травмирующей ситуации в семье, эпизодов агрессии со стороны супруга, а также наличием у Л. склонности к аффективным нарушениям, влиянием токсических факторов, наличия сопутствующей соматической, неврологической и эндокринной патологии.

Клиническое наблюдение № 5

Подэкспертная Т., 1965 года рождения (54 года), обвиняемая в краже мобильного телефона.

Наследственность отягощена психическим заболеванием тетки по линии матери, алкоголизмом отца. Родилась второй из 5-ти детей в семье рабочих. Воспитывалась в полной семье. В школу была определена с 7 лет. По характеру формировалась вспыльчивой, капризной. В возрасте 9 лет перенесла закрытую черепно-мозговую травму, сопровождавшуюся кратковременной потерей сознания, тошнотой, головокружением, по поводу чего получала лечение амбулаторно. Обучалась по программе массовой школы, успевала посредственно. В 14 лет появились менструации, на фоне чего отмечала учащение головных болей, стала более раздражительной. Окончила 10 классов, педагогическое училище. В 1987г. вышла замуж и приехала в Нижегородскую область, работала учителем начальных классов в общеобразовательной школе. В 1989г. родила сына, в 1992г. – дочь. По данным копий почетных грамот, в 2003г. и 2007г. Т. была награждена как учитель начальных классов за успешную творческую работу по обучению и воспитанию учащихся. До 2009г. работала учителем начальных классов. 15.02.2012г. Т. осуждена по ст. 306 ч.1 ЦУК РФ к обязательным работам 160 часов. 10.04.2012г. осуждена по ст. 158 ч.3 п «а» УК РФ к 2 годам условно с испытательным сроком 4 года. 16.10.2012г. условное наказание было отменено, направлена в места лишения свободы, находилась в ИК-2 Нижегородской области до 05.11.2014г. По данным копии характеристики на осужденную, Т. в период отбытия наказания работала швеей мотористкой I разряда, к труду относилась добросовестно. Имела взыскание за нарушение формы одежды. Правила санитарии и личной гигиены соблюдала не всегда, имели место замечания. В коллективе осужденных уживалась, взаимоотношения строила правильно. К конфликтам была не склонна. Вину в совершенном преступлении признавала частично, обжаловала приговор в надзорном порядке. По характеру спокойная, исполнительная, тихая, трудолюбивая. Занятия по

социально-правовой и экономической учебе посещала регулярно, изучаемый материал воспринимала правильно. Регулярно поддерживала связь с детьми, пользовалась свиданиями, телефонными переговорами. Администрация ФКУ ИК-2 ГУФСИН России по Нижегородской области выразила мнение, что Т. не встала на путь исправления. Как следует из медицинской документации, с 10.10.2014г. по 15.10.2014г. Т. находилась на стационарном лечении с диагнозом: «Сотрясение головного мозга. Ушиб мягких тканей лица и головы. АГ (артериальная гипертензия) 2 стадии 2 степени, риск 3. Алкогольный галлюциноз». Отмечалось, что Т. была избита в быту. Была выписана с рекомендацией лечения у психиатра. В последующем в 2015г. наблюдалась и получала лечение у терапевта в связи с диагнозом: «Артериальная гипертензия 2 стадии 2 степени, риск 3». С 03.06.2016г. по 10.06.2016г. подэкспертная находилась на стационарном лечении в терапевтическом отделении районной ЦРБ с диагнозом: «АГ (артериальная гипертензия) 2 стадии 2 степени, риск 4, НК IV степени. ДЭП II стадии». В последующем в 2016-2017гг. получала лечение в связи с диагнозами: ДЭП II стадии смешанного генеза (гипертоническая болезнь, токсикометаболический генез)», «Гипертоническая болезнь 3 стадии, риск 3. НК. Гипертонический криз II». В записях в амбулаторной карте в период 2015-2018гг. неоднократно отмечено, что Т. злоупотребляла алкоголем. В материалах дела представлена характеристика от соседей на подэкспертную, в которой ее характеризуют удовлетворительно, с соседями конфликтов не имела. По данным характеристики от уч. полицейского, Т. употребляет спиртные напитки, жалоб от соседей и родственников на нее не поступало, характеризуется удовлетворительно. По данным ответа на запрос, Т. на учете у психиатра, нарколога по месту жительства не состояла. **Как известно из материалов уголовного дела, Т. обвиняется в том, что она 24.06.2018г. в период с 13.30 до 14.00 часов, находясь в состоянии алкогольного опьянения, действуя умышленно, из корыстных побуждений с целью тайного хищения чужого имущества незаконно проникла в квартиру соседки, откуда тайно похитила принадлежащий ее соседке сотовый телефон. С похищенным скрылась с места преступления,**

причинив потерпевшей материальный ущерб в размере 500 рублей. В своем объяснении 24.06.2018г. Т. указала, что в день случившегося они с мужем с утра до обеда употребляли спиртные напитки. Когда спиртное закончилось, ей хотелось продолжить употреблять спиртные напитки, но не было денег на покупки. Она решила пойти поискать, с кем можно выпить или кто может дать денег. Проходя мимо дома потерпевшей, увидела, что открыта дверь. Она решила войти предложить купить у нее бересту. Пояснила, что не знала, кто живет по данному адресу. Поднявшись на крыльцо дома, она поняла, что дома никого нет, решила воспользоваться моментом, чтобы похитить что-нибудь ценное с целью продажи и покупки на вырученные деньги спиртного. Указала, что ей было без разницы что похищать, так как находилась в состоянии алкогольного опьянения. На столе в прихожей увидела сотовый телефон, который она положила в карман своих джинсов и сразу вышла, пошла к себе домой, телефон спрятала в подполье. Допрошенная в качестве подозреваемой 04.07.2018г. и 10.07.2018г., Т. сообщила сведения, в целом аналогичные содержанию ее объяснения. Пояснила, что телефон похитила, чтобы на вырученные за него деньги купить спиртное. Утверждала, что преступление совершила в состоянии алкогольного опьянения, в трезвом состоянии не позволила бы себе этого. Допрошенная в качестве обвиняемой 19.07.2018г., Т. подтвердила ранее данные ею показания. Вину в инкриминируемом деянии признавала, в содеянном раскаивалась. По данным амбулаторной карты, 27.06.2018г. Т. была осмотрена терапевтом. Отмечалось, что за 2 дня до осмотра была избита мужем, самочувствие ухудшилось. Получала лечение с диагнозом: «Сотрясение головного мозга. Ушиб головы. Алкогольное опьянение. ДЭП III токсико-метаболического генеза». При проведении по данному делу 11.07.2018г. первичной амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы подэкспертная в кабинет зашла свободно. Выглядела старше своего возраста, лицо было одутловатое, внешне неаккуратна. Вела себя спокойно, адекватно обстановке. Ориентирована была всесторонне верно. Контакту была доступна, охотно вступала в беседу, была многословна. На вопросы отвечала в плане заданного. Цель экспертизы понимала

правильно. Себя считала психически здоровой. Анамнестические сведения сообщала последовательно, себя стремилась представить в выгодном свете. Алкогольный анамнез раскрывала откровенно, при этом становилась эмоционально оживленной, на лице появлялась улыбка, отмечала, что употребляет алкоголь по 2 дня подряд, после этого «бывает очень плохо, долго отходит». Отмечала у себя провалы в памяти в состоянии алкогольного опьянения. Критика к алкоголизации была снижена. Внимание было неустойчивым, отвлекаемым. Выявлялось последовательное мышление в обычном темпе со склонностью к обстоятельности. Эмоционально была уравновешена, добродушна, настроение ровное. Критические и прогностические способности нарушены не были. Комиссия пришла к заключению, что Т. страдает синдромом зависимости от алкоголя средней стадии (F 10.212 по МКБ-10), в период инкриминируемого деяния она могла осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Приговором суда от 04.02.2018г. Т. была осуждена по п. «а» ч.3 ст.158 УК РФ к лишению свободы на срок 2 года 6 месяцев с отбыванием наказания в исправительной колонии общего режима. По данным медицинской документации, Т. с диагнозом: «Психоорганический синдром, Хронический алкоголизм II стадии» 26.10.2018г. была направлена на стационарное лечение в медсанчасть СИЗО. При поступлении предъявляла жалобы на общую слабость, головные боли, чувство тревоги. Контакту была доступна, на вопросы отвечала в плане заданного. Мышление было тугоподвижное, обстоятельное, замедленное по темпу. Память и внимание были заметно снижены. Бредовых идей и суицидальных мыслей не высказывала. Расстройств восприятия на момент осмотра не выявлялось. Устанавливался диагноз: «Органическое расстройство личности смешанного генеза (токсико-метаболического, дисциркуляторного), умеренно-выраженный психоорганический синдром. ГБ (гипертоническая болезнь) II. Употребление алкоголя с пагубными последствиями для здоровья». При осмотре неврологом устанавливался диагноз: «Энцефалопатия смешанного генеза (дисциркуляторная, алкогольная) II стадия с когнитивными

нарушениями». В дневниковых записях указывалось, что она была бестолкова, малодоступна продуктивному контакту, неряшлива, порядок в камере не соблюдала, требовала отправить ее в суд. 23.11.2018г. подэкспертной была проведена ВК (врачебная комиссия) на предмет необходимости продления стационарного лечения на срок до 30 дней, при осмотре отмечено, что Т. дементна, бестолкова, неопрятна, дезориентирована в ситуации, своем положении. Расстройств восприятия не выявлялось. При осмотре неврологом 27.11.2018г. отмечалось, что Т. была неряшлива, по палате ходила раздетой, «ловила» рыбу. Временами становилась дезориентирована в своем возрасте. Устанавливался диагноз: «Энцефалопатия смешанного генеза (токсико-метаболическая, дисциркуляторная) III стадии с выраженными когнитивными, эмоционально-волевыми нарушениями. Сосудистая деменция?». В последующем периодически отмечались эпизоды спутанного сознания. Ночью не спала, была суетлива, неусидчива, стучала в дверь, бесцельно ходила по палате, кричала, что ей нужно доить коров. Обращенную речь понимала с трудом, эмоционально была неустойчива: то плакала, то кем-то. 14.12.2018г. в период стационарного лечения Т. была проведена амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза. Подэкспертная самостоятельно не ходила, была внесена в кабинет, ноги волочила по полу. Лицо было амимичное, асимметричное. Выражено слюнотечение. Не смогла назвать своего имени, речь была смазанная, неразборчивая. Оценить состояние мыслительной деятельности, интеллектуально-мнестической сферы не представлялось возможным. Комиссия пришла к заключению, что для решения экспертных вопросов Т. нуждается в направлении на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу (необходимо провести дифференциальную диагностику между острой «катастрофой» головного мозга и злокачественным нейролептическим синдромом – получает галоперидол внутримышечно 10 мг 2 раза в день). По данным медицинской документации, 19.12.2018г. в медсанчасти СИЗО Т. был установлен диагноз: «Острое и преходящее психотическое расстройство неуточненное на фоне органического расстройства личности смешанного генеза

(токсико-метаболического, дисциркуляторного, с умеренно выраженным психоорганическим синдромом». Решениями ВК 20.12.2018г., 18.01.2019г., 14.02.2019г. длительность стационарного лечения подэкспертной продлена до 30 дней. В последующем у нее вновь отмечались зрительные галлюцинации, недоступность продуктивному контакту, резистентность к галоперидолу. Оставалась бестолковой, неряшливой. При обследовании в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ России установлено следующее. **Соматическое состояние.** Общее состояние удовлетворительное. Предъявляет жалобы на головную боль. Кожные покровы обычной окраски. Выявляется пастозность голеней и стоп. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет. Выслушивается акцент II тона на аорте, ритм правильный. ЧСС 75 в минуту. Артериальное давление 140/90 мм.рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, учащенное. При проведении ультразвукового исследования органов брюшной полости и почек 15.05.2019г. выявляются диффузные изменения печени. Кисты почек. Микролиты почки справа. Иммуноферментный анализ антител к *Treponema Pallidum* (возбудитель сифилиса) в сыворотке крови от 22.04.2019г. отрицательный. Заключение гинеколога: «Менопауза 10 лет». Заключение уролога: «Инфекция мочевого пузыря. Стрессовое недержание мочи». Заключение терапевта: «Гипертоническая болезнь III стадии, АГ (артериальная гипертензия) 3 степени, риск ССО (сердечно-сосудистых осложнений) 4. ХСН (хроническая сердечная недостаточность) 0. Атеросклеротический кардиосклероз. Язвенная болезнь желудка, хроническая форма, рецидивирующее течение, фаза обострения. ДЖВП (дисфункция желчевыводящих путей)». **Неврологическое состояние.** Предъявляет жалобы на постоянный «шум» в голове, повышение артериального давления, головные боли, ухудшение памяти, метеозависимость, шаткость во время ходьбы. При осмотре в лобной области на волосистой части головы посттравматические шрамы. Менингеальные симптомы отсутствуют. Глазная щель шире справа. Зрачки равновеликие,

фотореакция сохранена. Конвергенция ослаблена с двух сторон. Выявляется асимметрия носогубных складок, сглаженность носогубной складки слева, опущение левого угла рта. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук, коленные и ахилловы снижены больше слева. Брюшные рефлексы живые. Парезов, параличей нет. Симптом орального автоматизма Маринеску-Радовичи справа. В позе Ромберга не устойчива. Пальценосовую и координаторную пробы выполняет удовлетворительно. Чувствительная сфера не изменена. Походка обычная с элементами атаксии. Память снижена. Внимание рассеянное. Анамнестические сведения противоречивые. Критика к своему состоянию снижена. При осмотре офтальмологом на глазном дне умеренное расширение вен, извитость сосудов сетчатки. Заключение офтальмолога: «Миопия слабой степени обоих глаз, почти зрелая катаракта левого глаза». При проведении реоэнцефалографии пульсовое кровенаполнение снижено во всех отделах. Тонус магистральных артерий повышен в бассейне позвоночных артерий и в бассейне левой внутренней сонной артерии, в пределах нормы в бассейне правой внутренней сонной артерии. Тонус крупных артерий в пределах нормы во всех бассейнах. Тонус средних и мелких артерий в пределах нормы во всех бассейнах. Периферическое сосудистое сопротивление повышено в бассейне правой позвоночной артерии, снижено в бассейне левой позвоночной артерии, в пределах нормы в бассейне внутренних сонных артерий. Во всех бассейнах признаки затруднения венозного оттока. При проведении электроэнцефалографии выявляются легкие диффузные изменения биоэлектрической активности мозга резидуально-органического характера с признаками некоторой дисфункции неспецифических срединных стволово-дизэнцефальных структур в виде снижения тонуса восходящих активирующих влияний на кору головного мозга. Стандартные пробы с фотостимуляцией и гипервентиляцией выявляют признаки повышенной активации структур лимбико-ретикулярного комплекса. Заключение невролога: «Органическое поражение ЦНС смешанного генеза (токсического-злоупотребление алкоголем, травматического, сосудистого-гипертоническая болезнь II стадии, атеросклероз). Энцефалопатия. Вестибулоатаксия». Психическое состояние.

Выглядит старше своего возраста. Походка шаркающая. Внешне неопрятна, волосы небрежно взъерошены. В контакт вступает охотно. Дистанцию соблюдает. Предъявляет жалобы на частые сильные головные боли, головокружения, метеочувствительность последние 3-4 года, снижение памяти, периодически «шум в ушах». Ориентирована верно. Цель экспертизы понимает. На вопросы отвечает по существу. Речь дизартричная. Вопросы подолгу обдумывает, испытывает затруднение в подборе слов, некоторые вспоминает с подсказкой или вовсе не может вспомнить. Имя врача запомнила с третьего раза. При расспросе о проблемах с памятью рассказала, что примерно в 2013-2014гг. стала забывать, как легла спать, не могла вспомнить закрыла ли дверь, куда положила вещи, не могла вспомнить сюжет ранее просмотренного сериала. Путается в подсчете временных промежутков жизни. В беседе безинициативна. Не понимает смысла многих простых вопросов. Отмечаются высказывания, не имеющие отношения к теме беседы. Говорит, что многократно перенесла черепно-мозговые травмы в ходе совместного с мужем употребления спиртных напитков, однако не может указать примерных дат. Злоупотребление алкоголем аргументирует тем, что осталась без работы в 2009г., а устроиться на более низкоквалифицированную должность было стыдно, т.к. в деревне все друг друга знали. Сообщает, что употребляет спиртные напитки домашнего производства, а также водку, отмечает запои по 3 дня. Указывает, что потом «болеет», повышается артериальное давление. Обманы восприятия в состоянии отмены алкоголя отрицает. Также указывает, что примерно с 2009г. стала более забывчивой, память значительно ухудшилась: забывала куда шла, терялась, стала хуже справляться с домашними обязанностями, быстро уставала – «тело становилось ватным». Госпитализацию в психиатрическую больницу после осуждения не осмысливает. Заявляет, что все это время «просто долго спала». Вину в инкриминируемом деянии признает. Поясняет, что находилась в состоянии алкогольного опьянения, нужны были деньги приобрести спиртные напитки. Критика к инкриминируемому деянию формальная. В период пребывания в отделении была безинициативна, залеживалась в постели, ничем

себя не проявляла, в меру общалась с другими подэкспертными. Эмоционально лабильна. Агрессивных, аутоагрессивных тенденций не обнаруживала. Интеллект низкий, суждения поверхностные. Память снижена. Словарный запас крайне скуден, ограничен. Мышление обстоятельное, тугоподвижное, продуктивность снижена. Внимание труднопереключаемое, истощаемое. Критические и прогностические способности снижены. **При экспериментально-психологическом исследовании** на первый план выступает деградация личности подэкспертной, подчинение всего образа жизни теме алкогольной зависимости, что сочетается с трудностями волевого и интеллектуального контроля поведенческих проявлений, легкостью дезорганизации, выраженной эмоциональной огрубленностью, своеобразием аффективных оценок, снижением критических и прогностических ресурсов. Подэкспертная активна и общительна, в своей адаптации опирается только на поддержку близких, тревожится о том, что останется без поддержки мужа. Ей свойственна выраженная подозрительность, настороженность и недоверчивость, ригидность переживаний, склонность к фиксации на своеобразных, несколько субъективных переработках происходящих с ней событий. На фоне снижения критики к ситуации и решениям в исследовании обнаруживаются выраженная ригидность интеллектуальных процессов и трудности самоорганизации: при работе с нейтральным материалом подэкспертная фиксируется на субъективно значимых деталях, активно актуализирует значимый для нее опыт и не выполняет большинство проб, подменяет продуктивный анализ многословными и недостаточно целенаправленными конкретными описаниями субъективно значимых для нее фактов. В исследовании обнаруживается достаточный преморбидный интеллектуальный уровень, подэкспертная оперировала простыми категориями, раскрыла условный смысл несложных метафор и пословиц. Однако, при анализе нового простого материала она не способна учитывать простые программы, с легкостью и без должной критики соскальзывала на многословные непоследовательные описания с фиксациями на субъективно значимом для нее

опыте, что обуславливает крайне низкую продуктивность работы. Целостное осмысление многофакторных ситуаций, текстов и картин затруднено. Ассоциативные образы и сами рисунки раскрывают непоследовательность и своеобразие осмысления понятий, что сочетается с полярностью эмоциональных оценок в значимой для нее теме зависимости от алкоголя. Вербальные ассоциации неоднородны по качеству связей, обращают на себя внимание конкретно-субъективные реакции и проявление ригидности интеллектуальных процессов. При указаниях на снижение памяти и специфическую дезорганизацию, исследование объема памяти не обнаруживает его снижения.

Анализ данного клинического случая свидетельствует о формировании у Т. органического расстройства личности в связи со смешанными заболеваниями (токсического, травматического, сосудистого) задолго до совершения общественно опасного деяния. В данном клиническом случае начало действия неблагоприятных экзогенных факторов прослеживалось уже в раннем детском и подростковом возрасте в виде наследственной отягощенности по алкоголизму родителей, черепно-мозговой травмы. С течением времени у нее происходило формирование церебральной симптоматики, сопровождавшейся жалобами на головные боли, повышенную утомляемость, метеочувствительность, утяжеление которой отмечалось в периоды физиологических эндокринных сдвигов. В последующем в благоприятных условиях окружающей среды, течение психического расстройства Т. стабилизировалось, у нее отмечался хороший уровень социальной адаптации, что позволило ей получить профессию, в течение длительного времени работать по специальности, поддерживать хорошие отношения с членами семьи. Однако на фоне длительного злоупотребления спиртными напитками и в процессе многолетнего течения у подэкспертной сердечно-сосудистых заболеваний (гипертонической болезни), неоднократно перенесенных черепно-мозговых травм течение психического расстройства Т. приобрело неблагоприятный характер - наряду с соответствующей неврологической симптоматикой у нее появились

когнитивные расстройства (истощаемое, трудно переключаемое внимание; нарушения памяти со снижением воспоминаний событий ближайшего прошлого, уменьшением объема и четкости воспроизведения прошлых событий, общим оскудением представлений и понятий; трудности установления причинно-следственных связей; ригидность, обстоятельность мышления; облегченность, поверхностность суждений), эмоционально-волевые нарушения в виде эмоциональной лабильности, огрубленности, нарушение систематической и целенаправленной деятельности, неустойчивость поведенческого стереотипа на фоне низкого уровня волевого и интеллектуального самоконтроля, легкости дезорганизации и трудностей конструктивного разрешения проблемных ситуаций, недостаточности критических и прогностических способностей. Интеллектуально-мнестические нарушения, эмоциональная неустойчивость, ригидность, обстоятельность мышления на фоне невысокого уровня волевого самоконтроля и недостаточности критических и прогностических способностей, усиливающиеся в состоянии алкогольного опьянения ограничивали способность Т. в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. В последующем, в субъективно сложных условиях привлечения к уголовной ответственности, в период времени после вынесения приговора 04.09.2018г., примерно с 26.10.2018г. в состоянии Т. отмечалась декомпенсация психической деятельности, проявляющаяся эпизодами дезориентированного состояния, зрительных обманов восприятия, сопровождавшихся ее неправильным поведением на фоне когнитивных и эмоционально-волевых нарушений, а также отсутствия критики к своему состоянию. На фоне проведенного лечения указанное психотическое состояние Т. имело обратимый характер и полностью купировалось. Однако, учитывая склонность Т. к декомпенсации психического состояния в условиях психогенно-травмирующих ситуаций, с учетом ее соматоневрологического состояния, она нуждается в принудительном амбулаторном наблюдении и лечении у психиатра в местах отбывания наказания.