

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ ИМЕНИ В.П. СЕРЬСКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

Гуляева Виктория Юрьевна
СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭКЗОГЕННО-
ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ОТНОСЯЩИХСЯ К
ПЕРИОДУ ОБЩЕСТВЕННО-ОПАСНОГО ДЕЯНИЯ

3.1.17 – психиатрия и наркология

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук
М.В. Гиленко

Москва – 2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений и условных обозначений.....	4
Введение.....	6
Глава 1. Обзор литературы.....	15
1.1 Развитие концепции экзогенно-органических психозов.....	15
1.2 Современные взгляды на клиническую картину и дифференциальную диагностику экзогенно-органических психозов.....	23
1.3 Формирование подходов к судебно-психиатрической оценке экзогенно-органических психозов.....	35
Глава 2. Материалы и методы исследования.....	44
2.1 Общая характеристика обследованных.....	46
2.2 Группы обследованных.....	55
Глава 3. Клинические характеристики экзогенно-органических психотических расстройств, относящихся к периоду ООД.....	62
3.1 Группа психозов, связанных с употреблением ПАВ.....	62
3.1.1 Клинико-психопатологические варианты психозов, связанных с употреблением алкоголя.....	63
3.1.2 Клинико-психопатологические варианты психозов, связанных с употреблением наркотиков.....	68
3.2 Группа смешанных психозов.....	77
3.3 Группа органических психозов.....	84
Глава 4. Судебно-психиатрическая оценка юридически значимых способностей лиц, совершивших общественно опасное деяние в состоянии экзогенно-органического психоза.....	92
4.1 Принципы и этапность оценки уголовно-процессуальной дееспособности обвиняемых с психическими расстройствами.....	92
4.2 Клинико-психопатологические особенности психических расстройств у обследованных в период проведения судебно-психиатрической экспертизы.....	95

4.2.1	Психопатологические синдромы психотического уровня.....	95	
4.2.2	Психопатологические синдромы непсихотического уровня.....	96	
4.3	Судебно-психиатрическая оценка уголовно-процессуальной дееспособности.....	101	
4.3.1	Психопатологические расстройства, нарушающие УПД	103	
4.3.2	Психопатологические расстройства, не влияющие на УПД.....	114	
4.3.3	Прогностический этап оценки УПД.....	116	
4.4	Судебно-психиатрическая оценка способности давать показания.....	119	
Глава 5. Оценка потенциальной общественной опасности и выбор вида принудительных мер медицинского характера			125
5.1	Оценка потенциальной общественной опасности лиц, совершивших ООД в состоянии экзогенного психоза.....	125	
5.2	Выбор вида принудительного лечения.....	131	
Заключение.....			147
Выводы.....			160
Список литературы.....			164
Приложения			183

Список сокращений и условных обозначений

АПНЛ	Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра
АГ	Артериальная гипертензия
ИБС	Ишемическая болезнь сердца
КН	Когнитивные нарушения
ЛКН	Легкие когнитивные нарушения
МДПВ	Метилендиоксипировалерон
МКБ-10	Международная классификация болезней 10 пересмотра
МКБ-11	Международная классификация болезней 11 пересмотра
НД	Наркологический диспансер
ООД	Общественно-опасное деяние
ОПР	Органическое психическое расстройство
ОРЛ	Органическое расстройство личности
ОШР	Органическое шизофреноподобное расстройство
ОЭЛР	Органическое эмоционально-лабильное расстройство
ПАВ	Психоактивное вещество
ПБ	Психиатрическая больница
ПБСТИН	Психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением
ПЛ	Принудительное лечение
ПММХ	Принудительные меры медицинского характера
ПНД	Психоневрологический диспансер
ПОС	Психоорганический синдром
СПЭ	Судебно-психиатрическая экспертиза
СДП	Способность давать показания
УК РФ	Уголовный кодекс Российской Федерации
УКН	Умеренные когнитивные нарушения
УПД	Уголовно-процессуальная дееспособность
ХСН	Хроническая сердечная недостаточность

ЦНС	Центральная нервная система
ЧМТ	Черепно-мозговая травма
ЭЭГ	Электроэнцефалография
MoCA- test	The Montreal Cognitive Assessment (MoCA-test) (Монреальская шкала оценки когнитивных функций)
SCL-90-R	Symptom Check List-90-Revised (симптоматический опросник)

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования

Большинство психоактивных веществ (ПАВ), а также некоторые лекарственные средства, соматические заболевания различного генеза, последствия полученных травм, метаболические нарушения и другие патологические состояния оказывают влияние на функционирование ЦНС и могут приводить к возникновению психотической симптоматики (Зайцев О.С., Ильев Н.П., Максакова О.А., 2023; Тихонова Ю.Г., Кинкулькина М.А. и др., 2023; Кузьмина У.Ш. и др., 2023; Васенина Е.Е., Левин О.С., 2023; Бизюкевич С.В., Станько Э.П., Игумнов С.А., 2024; Чеботков Д.С. и др., 2024; Palma-Alvarez R.F. et al., 2020; Kothari S. et al., 2023; Baldaçara L., Ramos A., Castaldelli-Maia J.M., 2024; Daswani R.R. et al., 2024).

В специальной литературе выделяют собственно «экзогенные» психозы, развивающиеся непосредственно в результате действия экзогенной вредности, и экзогенно-органические психозы, отражающие констелляцию не только четко определяемых внешних, но и внутренних факторов в виде имеющегося поражения головного мозга (ввиду перенесенных ранее или продолжающих действовать вредностей), которое в дальнейшем само выступает причиной развития психических расстройств, обуславливая готовность к патологическим реакциям на фоне любого дополнительного экзогенного воздействия (Снежневский А.В., 1983; Тиганов А.С., 1999; Пивень Б.Н., 2013; Киссин М.Я., 2014).

В соответствии с МКБ-10, психические расстройства экзогенно-органической природы соотносятся с такими рубриками, как «органические, включая симптоматические психические расстройства» (F0x.xx) и «психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ» (F1x.xx). В судебно-психиатрической практике вышеуказанные категории являются наиболее широко представленными группами расстройств, часто сочетаясь друг с другом, а их психотические формы могут протекать как в рамках отдельных эпизодов, так и могут быть представлены

затяжными и рецидивирующими психотическими состояниями, и нередко приводят к совершению тяжелых агрессивных правонарушений.

Анализ тематической литературы показывает, что и клиническая картина, и динамика психозов экзогенно-органической природы на протяжении нескольких лет претерпевали существенные изменения. Патоморфоз в данном случае заключается в трансформации привычных клинических проявлений экзогенных психозов: доминируют атипичные и полиморфные картины с появлением и нарастанием объема эндоформных включений. Данные изменения могут быть связаны с появлением новым психоактивных веществ и фармакопрепаратов, изменениями окружающей среды, большей распространенностью коморбидной патологии. С вышеуказанными обстоятельствами связан ряд сложностей при решении диагностических вопросов, а именно осуществление дифференциальной диагностики: при затяжных психозах основной задачей является определение их нозологической принадлежности, а при острых психозах - квалификация расстройства на синдромальном уровне (Немкова Т.И., Гофман А.Г., 2018; Фастовцов Г.А., Осколкова С.Н., 2018; Кинкулькина М.А., Винникова М.А., Северцев В.В., 2021; Ракитин С.А. и др., 2020; Fiorentini A. et al., 2021). Отмеченные сложности нередко усугубляются наличием коморбидной патологии и, как следствие, присутствием нескольких предрасполагающих к развитию психотического состояния факторов, что предполагает выбор наиболее подходящей с точки зрения принятой классификации диагностической модели, максимально точно отражающей этиопатогенетические характеристики развившегося психотического расстройства (Гиленко М.В., Вандыш-Бубко В.В., 2015; Буданова А.А., Бойко Е.О., Северцев В.В., 2023).

Констатация психотического состояния у подэкспертного на период совершения ООД с соответствующим решением главного экспертного вопроса является не единственной задачей при проведении СПЭ. Указанный выше полиморфизм исследуемых состояний обуславливает необходимость разработки дифференцированных подходов для решения не менее важных задач, таких как уголовно-процессуальная дееспособность и способность к даче показаний на

разных этапах судебно-следственной ситуации в зависимости от динамики психического расстройства. Не менее сложной для решения представляется задача по определению прогноза и потенциальной общественной опасности, что необходимо для определения рекомендаций при индивидуальном подборе вида принудительных мер медицинского характера.

Степень разработанности темы исследования

Наиболее специфичная для судебно-психиатрической экспертизы группа острых кратковременных психозов - так называемые «исключительные состояния». Как показали многолетние исследования, эта группа может быть отнесена к экзогенно-органическим психозам в силу того, что в их возникновении основополагающим является сочетание таких факторов, как «постоянная почва» - церебрально-органическая патология разной степени выраженности, и «временная почва» – астенизирующие вредности, которые имеют временный характер действия на организм и изменяют его реактивность, ослабляя защитные функции организма к воздействию дополнительных экзогенных факторов – триггеров, непосредственно предшествующих возникновению психотического эпизода (Доброгаева М.С., 1989; Волков В.Н., Дорофеенко Г.К., 2004).

Результаты изучения органических психических расстройств определили психотические состояния в их структуре как проявления неблагоприятного течения органического процесса – декомпенсации, которые могут быть вызваны собственно болезнью – центральным нарушением вегетососудистого и ликворного равновесия, либо обусловлены внешними неблагоприятными воздействиями (Баканов М.Ю., 2001; Вандыш-Бубко В.В., Чхиквадзе З.Д., 2005). Патоморфоз органических психозов обусловлен преимущественно изменением спектра экзогенных вредностей и методов лечения. Описаны острые психозы с ведущими синдромами помрачения сознания, галлюцинаторными расстройствами, а также затяжные или отсроченные органические психозы с бредовыми или шизофреноподобными картинами (Макаров И.В., 2013; Гиленко М.В., 2015; Мучник П.Ю., Задорожная О.В., 2016; Хохлов Л.К., Хохлов А.Л., 2019).

Разрабатывая темы исключительных состояний и органических психозов, исследователи неоднократно отмечали в качестве основного провоцирующего эти состояния фактора – интоксикации. Изучение атипичных форм алкогольного опьянения подтвердило значимость сочетанной патологии как одной из причин атипичности (Олифиренко Н.Ю., 2002), а также позволило проследить углубление психопатологических расстройств в клинической картине алкогольного опьянения (вплоть до нарушений сознания) по мере прогрессивной динамики алкогольной зависимости (Клименко Т.В., Игонин А.Л., Кулагина Н.Е., 2017).

Патоморфоз метаалкогольных психозов, характеризующийся ростом абортивных форм, практически полным исчезновением алкогольных параноидов, учащением встречаемости различных структурно-сложных форм и полиморфных картин ПАВ-индуцированных психозов, а также появлением в клинической картине эндоформных включений (Уманская П.С., 2010; Иванцов В.Ю., 2012; Немкова Т.И., Гофман А.Г., 2018) связывается исследователями как с употреблением суррогатов алкоголя, так и других ПАВ, особенно новых дизайнерских наркотических средств.

Несмотря на значительный рост интереса врачей разных специальностей к психозам, вызванным употреблением новых ПАВ, эти состояния остаются малоизученными. В ряде исследований описаны особенности их клиники и динамики, подходы к терапии и реабилитации (Вдовин А.С., 2022; Клименко Т.В. и др., 2022; Марков А.В., 2024; Северцев В.В., 2024), а в судебной психиатрии немногочисленные работы преимущественно включают описания отдельных клинических наблюдений, демонстрирующих индуцированные новыми ПАВ психозы, которые приводили к совершению ООД.

Также немногочисленны исследования, посвященные экспертной оценке уголовно-процессуальной дееспособности обвиняемых. Такие исследования проведены в отношении лиц с расстройствами шизофренического спектра, эпилепсией (Ткаченко А.А. и др., 2017), острыми транзиторными психотическими расстройствами (Горинов В.В. и др., 2017), расстройствами личности (Горинов В.В. и др., 2020), обвиняемых с коморбидной патологией, в структуре которой

наблюдаются психотические расстройства, связанные с употреблением ПАВ (Гиленко М.В., 2016; Горинов В.В., Корзун Д.Н., Самылкин Д.В., 2020).

Таким образом, изменение спектра экзогенных вредностей и связанный с этим патоморфоз экзогенно-органических психотических расстройств наряду с недостаточной разработанностью ряда судебно-психиатрических аспектов определяют актуальность изучения данных состояний, необходимость уточнения критериев их диагностики и экспертной оценки.

Цель исследования

Разработка критериев дифференцированной судебно-психиатрической оценки экзогенно-органических психотических расстройств, относящихся к периоду общественно опасного деяния.

Задачи исследования

1. Выявить клинико-психопатологические особенности психотических состояний экзогенно-органической природы, относящихся к периоду совершения общественно опасного деяния.
2. Систематизировать экзогенно-органические психозы в зависимости от предрасполагающих к их развитию факторов и особенностей их клинической картины в период общественно опасного деяния.
3. Определить варианты клинической динамики исследуемых состояний с описанием психических расстройств, сохраняющихся к периоду проведения судебно-психиатрической экспертизы.
4. Определить критерии судебно-психиатрической оценки уголовно-процессуальной дееспособности лиц, совершивших ООД в состоянии экзогенно-органического психоза.
5. Уточнить критерии судебно-психиатрической оценки потенциальной опасности и выбора принудительных мер медицинского характера для лиц, совершивших ООД в состоянии экзогенно-органического психоза.

Научная новизна работы

Впервые в рамках одного исследования описаны клиника, динамика, предикторы и патоморфоз типичных для судебно-психиатрической практики

психотических состояний экзогенно-органической природы в зависимости от их этиологии: органические, связанные с употреблением ПАВ и смешанные психозы. Доказаны различия групп по ряду экспертно-значимых параметров. Впервые на судебно-психиатрическом материале описаны психопатологические варианты психотических расстройств, вызванных употреблением новых ПАВ. Выявлены симптомокомплексы, оказывающие влияние на юридически значимые способности обвиняемых, совершивших ООД в состоянии экзогенно-органического психоза. Уточнены критерии потенциальной общественной опасности лиц, совершивших ООД в состоянии экзогенно-органического психоза, даны рекомендации по выбору вида принудительного лечения.

Теоретическая значимость

В работе получены новые данные, формирующие представление о клинико-динамических особенностях экзогенно-органических психозов с учетом их патоморфоза на современном этапе. Изученные состояния систематизированы в зависимости от предрасполагающих к их развитию факторов и особенностей клинической картины в период ООД, раскрыты психопатологические механизмы совершения общественно опасных действий. Проанализировано влияние выявленных в ходе СПЭ психопатологических расстройств на конкретные механизмы нарушения интеллектуального и волевого компонентов юридического критерия уголовно-процессуальной дееспособности (УПД) лиц, совершивших ООД в состоянии экзогенного психоза. Теоретические результаты проведенного исследования могут быть использованы при разработке образовательных модулей для психиатров, наркологов, судебно-психиатрических экспертов.

Практическая значимость

Предложенный алгоритм и критерии оценки способствуют оптимизации и унификации диагностического и экспертного подхода к судебно-психиатрической оценке экзогенно-органических психотических расстройств, относящихся к периоду ООД. Систематизированные варианты экзогенно-органических психозов, соотнесенные с действующей международной классификацией (МКБ-10), а также описания психических расстройств в период СПЭ, проанализированные с точки

зрения их влияния на интеллектуальный и/или волевой компонент юридического критерия способности самостоятельно участвовать в уголовном судопроизводстве и способности давать показания (СДП), могут быть использованы для повышения доказательности экспертных выводов. Уточненные критерии оценки потенциальной опасности и выбора вида принудительной меры медицинского характера повышают обоснованность экспертных рекомендаций.

Методология и методы исследования

Использованные в работе методы основаны на положениях отечественной и зарубежной психиатрии и включают ведущий и основополагающий в данной работе клинико-психопатологический анализ психотических расстройств экзогенно-органической природы, относящихся к периоду общественно-опасного деяния, а также динамики психоза у обвиняемых, при этом в отдельных случаях исследование дополнялось результатами экспериментально-психологического обследования и полученными в ходе используемых психометрических методик данными. Клинико-психопатологический анализ позволил в выделенных группах описать клинические варианты острых психотических состояний экзогенно-органического генеза на период совершения ООД, а также выделить в зависимости от динамики психотических расстройств ведущие психопатологические синдромы на период проведения экспертизы. На основании анализа выделенных психопатологических расстройств проводилась оценка их влияния на различные звенья саморегуляции на презентальном и ретроспективном этапах. Экспертная оценка УПД и СДП проводилась с применением таких понятий, как потенциальная и актуальная способность к совершению тех или иных юридически значимых действий. Экспертная оценка потенциальной общественной опасности и выбор рекомендуемых принудительных мер медицинского характера осуществлялась на основании разработанных ранее базовых критериев и подходов и дополнен практическими рекомендациями применительно к исследуемым состояниям.

Основные положения, выносимые на защиту

1. При судебно-психиатрической оценке экзогенно-органических психозов, относящихся к периоду ООД, целесообразно

дифференцировать три группы различающихся по ряду экспертно-значимых параметров расстройств: органические психозы, связанные с употреблением ПАВ психозы и смешанные психозы.

2. Патоморфоз экзогенно-органических психозов, проявляющийся наличием эндоформной симптоматики, полиморфных или шизофреноподобных клинических картин более характерен для органических психозов и психозов, связанных с употреблением ПАВ. Смешанные психозы в меньшей степени подверглись патоморфозу, представляя собой наиболее клинически однородную группу кратковременных психозов с клинической картиной сумеречных помрачений сознания.
3. Психические расстройства, выявленные в период СПЭ, в зависимости от их структуры и выраженности оказывают различное влияние на смысловой или целевой уровни саморегуляции, определяя специфические для того или иного ведущего психопатологического синдрома механизмы нарушения юридически значимых способностей.

Степень достоверности результатов исследования подтверждается репрезентативностью выборки и применением современных статистических методов исследования.

Личный вклад автора является определяющим и заключается в непосредственном участии на всех этапах исследования. Автором проанализированы отечественные и зарубежные источники по теме диссертации, проведено клиническое обследование большей части подэкспертных, составлена и статистически обработана база данных, подготовлены публикации по теме выполненной работы, написана и оформлена рукопись диссертации и автореферата.

Реализация и внедрение результатов исследования

Данные, полученные в ходе исследования, применяются в практической деятельности при производстве судебно-психиатрических экспертиз по уголовным

делам в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России и Санкт-петербургском государственном казенном учреждении здравоохранения «Городская психиатрическая больница №6 (стационар с диспансером)».

Публикация и апробация результатов исследования

Результаты исследования представлены на Межрегиональной научно-практической конференции, посвященной памяти профессора А.А. Корнилова (Кемерово, 18 октября 2023 г.), на Всероссийской научно-практической конференции «Современная модель Центра психического здоровья. 60-летний путь создания. К юбилею Городской психиатрической больницы №6» (05 апреля 2024 г.), а также на Всероссийском конгрессе с международным участием «Психическое здоровье в меняющемся мире» (Санкт-Петербург, 24 мая 2024 г.). Диссертация апробирована на проблемном совете ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России 26 июня 2024 г. По материалам диссертационного исследования опубликовано 14 работ, из которых 5 – в журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 194 страницах машинописного текста и включает введение, 5 глав, заключение, выводы, список цитированной литературы (общее число библиографических источников – 157, из них 121 - отечественных, 36 - иностранных) и приложения. Иллюстративный материал включает 6 рисунков и 13 таблиц.

Глава 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1 Развитие концепции экзогенно-органических психозов

Изучением и описанием «экзогенных» психозов занимались еще в давние времена (Гиппократ, Аретей, Гален), с течением времени концепции менялись: М. Baillarger в 1880г. описывал острые «симптоматические» психозы, развивающиеся при разных соматических заболеваниях, М. Baillarger, W. Griesinger и др. помимо острых стали выделять протрагированные затяжные психозы «реконвалесцентов», Е. Kraepelin говорил о нозологической специфичности экзогенных психозов при каждом отдельном соматическом заболевании. К. Vonhoeffler понятие экзогенных психозов стал рассматривать в качестве «неспецифичности», говоря об ограниченном в клиническом плане экзогенном типе реагирования, возникающем при различных экзогенных: автор выделял несколько реакций - аменцию, сумеречное помрачение сознания, делирий, оглушение, галлюциноз, при этом перечень реакций постепенно расширялся, и к нему были в последующем добавлены различные маниформные состояния, а также синдромы - депрессивный, параноидный, кататонический, корсаковский и астенический. В последующем Е. Kraepelin не только принял, но и развил в своих работах концепцию неспецифичности некоторых экзогенных проявлений.

В психиатрической литературе 1920-30-х годов обсуждался такой важный вопрос, как роль первичного и вторичного поражения мозга в развитии экзогенных психозов. В 1940-х г. П.Б. Посвянский в основу термина «экзогенно-органический» заложил такой принцип, по которому первичный фактор, который привел к повреждению структуры головного мозга, в последующем может не играть этиологической роли в появлении той или иной симптоматики – ведущую роль будет определять сам очаг повреждения и действие актуальных триггеров (интоксикационные факторы, психотравмирующие ситуации и др.). Подобного же по смыслу определения экзогенно-органических расстройств придерживался в дальнейшем Б.Н. Пивень (2013).

Основное значение в развитии органических периодических психозов наличие резидуальной недостаточности мозга, которая и обуславливает

готовность к патологическим реакциям на фоне любого экзогенного воздействия, придавали многие авторы (Сухарева Г.Е., 1946; Малкин П.Ф., Носачев Г.Н., 1971; Чудновский В.С., 1975).

Спорным оказалось и само название этой группы расстройств. Многие авторы экзогенно-органическими называли такие нарушения, которые возникали в отдаленном периоде различных интоксикаций, инфекций и травм (Носачев Г.Н., Пескова М.В., 1971; Алимова Х.А., Слободской И.Ш., 1973; Анашкина Л.М., 1975; Давыдова А.Г., 1975; Козловский М.М., 1982 и др.). Ф.И. Иванов (1971) предложил систематизировать экзогенно-органические расстройства в зависимости от возникающих на разных этапах психических проявлений, а именно собственно экзогенные, экзогенно-органические и органические. В.В. Ковалев (1979) отмечал, что среди психозов экзогенной природы можно выделить две группы: в первую он включал психозы, которые возникают в отсутствии выраженного церебрально-органического поражения (такие, как симптоматические, соматогенные расстройства), во вторую автор включал собственно экзогенно-органические психозы. В свою очередь А.В. Снежневский (1983) все психические расстройства вне зависимости от различных этапов течения органического поражения ЦНС, которое было вызвано той или иной экзогенной, относил к экзогенно-органическим психозам.

Учитывая вышеуказанное и тот факт, что в данной работе все психозы объединены названием «экзогенно-органические», то под этим следует понимать, что они включают как психотические состояния, развивающиеся вследствие прямого воздействия экзогенной вредности, так и те, которые могут быть проявлением уже имеющегося церебрально-органического процесса.

Со временем клиническая картина экзогенных психозов претерпевала изменения, что связано с изменением условий жизни, техническим прогрессом, а следовательно - изменением спектра экзогенных вредностей, появлением лекарственных препаратов, эффективностью лечения соматических заболеваний и некоторыми другими факторами. В результате классические экзогенные типы реакций при «экзогенно-органических» психозах стали замещаться эндоформными

и атипичными (Малкин П.Ф., 1963, 1964; Вангенгейм К. А., 1966, 1967; Приленский Ю.Ф., 1974; Трифонов Б.А., 1978; Тиганов А.С., 1999).

Появилось немало работ, указывающих на существенный патоморфоз экзогенно-органических расстройств. Атипичность течения психозов экзогенно-органической природы отмечала в своих работах Р.Г. Голодец (1981). Атипичность может проявляться как в несоответствии нозологической форме в современном ее представлении, так и симптоматике в рамках реакций, описанных К. Vonhoefffer. На клиническую картину часто накладывает отпечаток сама экзогенная вредность (ее количественные и качественные характеристики), особенности личностного реагирования и некоторые другие факторы. Течение психоза может также характеризоваться атипичностью: отсутствие прямой временной связи с экзогенной или затяжные психозы с фазностью течения и полиморфной клинической картиной.

В 1990-х годах специалисты стали отмечать рост затяжных и протрагированных форм органических психотических расстройств, которые стали приобретать эндоформные черты, что приводило к появлению диагностических трудностей (Баканов Ю.М., Ивашев С.П., Вербина А.В. 1998). Т.Л. Малышева (1996) указывала на рост числа данных клинических форм, в том числе в судебно-психиатрической практике, и связывала шизофреноподобные проявления в клинической картине и атипичность динамики экзогенных психозов с полиэтиологичностью. Проведенный ею анализ клинических случаев позволил выделить острые экзогенные психозы (в том числе исключительные состояния как особая категория в судебной психиатрии) и психозы длительностью до 1 месяца у лиц с выявляемой резидуальной органической недостаточностью; затяжные психозы с подострым началом, включениями эндоформной симптоматики и своеобразной прогрессивностью у лиц с органической неврологической симптоматикой и психоорганическим синдромом, рецидивирующие (характеризующиеся крайне полиморфной клинической картиной) и периодические психозы.

А.К. Даниелян (1997) в своей работе рассматривал клиническую картину и дифференциальную диагностику резидуально-органических психозов с эндоморфной клинической картиной. Он отмечал, что данные психозы с течением времени рассматривались то в рамках шизофренических, то органических или симптоматических психозов. У лиц с органической резидуальной симптоматикой начальные и отсроченные периоды отличались присутствием невротических расстройств, а сам психоз мог развиваться после действия экзогенной вредности, так и вне отчетливой связи с ней, и характеризовался экзогенными типами реакций, преимущественно качественными и количественными нарушениями сознания. При этом, спустя несколько дней, вышеуказанная привычная симптоматика с экзогенным типом реагирования сменялась специфической эндоморфной. Данный патоморфоз с аутохтонностью течения психотической симптоматики автором объяснялся как присоединение эндогенного процесса.

В.А. Сергеев, Я.В. Чернявский (2014) на примере шизофреноподобных органических расстройств, развившихся на фоне перенесенной черепно-мозговой травмы, рассмотрели динамику психозов и отметили особенности клинической картины, важные для дифференциальной диагностики травматической болезни головного мозга у пациентов с ранее установленным эндогенным расстройством и собственно шизофренией. Авторы отмечают, что у пациентов с органическим шизофреноподобным расстройством не фиксируются «чисто» бредовые синдромы, отсутствуют явления «псевдогаллюциноза», при наличии бредовых идей – они не систематизированы и малоструктурированы, легко редуцируются, в клинической картине чаще регистрируются галлюцинаторные синдромы.

Особенности течения галлюцинаторно-бредовых синдромов у пациентов с органическими психозами (травматического и сосудистого генеза) описывал в своей работе Х.Х.М.Х. Джабо (2008). Он указывал на такие триггеры развития психотических состояний, как влияние интоксикационного фактора – манифестация психоза при травматической болезни головного мозга, и психотравмирующее воздействие – при сосудистых психозах.

Ведущая роль органической «почвы» отмечается исследователями и в контексте раннего развития алкоголизма и алкогольных психозов у лиц молодого возраста (Корнилов А.А., Ухтина Н.В., Селедцов А.М., 2010). При наличии церебрально-органической патологии помимо собственно органических психотических расстройств более часто развиваются атипичные формы алкогольного опьянения и алкоголь-индуцированные психотические расстройства (Гиленко М.В., 2012).

Изучению психотических форм алкогольного опьянения также посвящено большое количество трудов. Г.В. Морозов, А.К. Качаев А.К. и Г.Я. Лукачер (1973) первый дифференцированный подход к состояниям опьянения как к психотическим и непсихотическим отнесли к разработкам Krafft-Ebing (1869), который выделял состояния патологического опьянения с помрачением сознания, галлюцинациями и вторичным бредом, а также выраженным психомоторным возбуждением. В последующем во второй половине 19 века о патологическом опьянении различные авторы говорили как о парадоксальной реакции на алкоголь, о сложном или «осложненном» опьянении, трансах и сумерках. Описания патологического опьянения в отечественной литературе датируются 70-90 годами 19 века (Скрежечка, Хрусталеv С.), такие реакции на алкоголь квалифицировались как острый чувственный бред, что в дальнейшем описывал и С.С. Корсаков. К. Vonhoeffler (1906) впервые описал известную эпилептоидную форму патологического опьянения, а также делирантную, которую немецкие авторы расценивали как эпизод «белой горячки». Французские авторы психотические формы опьянения называли «ненормальным опьянением». Heillbronner (1901), занимаясь изучением патогенеза психотических форм опьянения, высказал мнение об их качественно ином генезе и симптоматике. В.П. Сербский в развитии патологического опьянения ведущую роль связывал с наличием предрасполагающей почвы (травмы, хронические заболевания, расстройства личности), а в клинической картине основным выражением психоза – глубокое помрачение сознания с теми или иными симптомами.

В 1920-30 гг. исследователями отмечалась тенденция к высокой встречаемости органической почвы при кратковременных психозах интоксикационного генеза (Разумовская Э.Н., 1935). Отечественные авторы патологическое опьянение рассматривают как острый психоз, развивающийся в результате «провоцирующей», ведущей роли алкоголя на фоне сочетанного ослабляющего действия временных и постоянных факторов (Введенский И.Н., 1947; Бунеев А.Н., 1947; Затуловский М.И., 1947), и в дальнейшем наличие органической почвы стало находить подтверждение в виде выраженных изменений, регистрирующихся на ЭЭГ (Иваницкий А.М., Лукачер Г.Я., Филимонова Т.Д., 1972). Авторы описывали простое алкогольное опьянение как легкое изменение сознания с преобладающим аффектом гипомании, тогда как специфических для патологического опьянения признаков ими не выделялось (Гуревич М.О., Серейский М.Я., 1946; Гуревич М.О., 1949; Гиляровский В.А., 1954; Портнов А.А., Федотов Д.Д., 1960, Жислин С. Г., 1935; Тимофеев Н.Н., 1955; Стрельчук И.В., 1956).

Особое внимание роли такого временного фактора, как психоэмоциональное состояние (переживания, предшествующие алкоголизации), уделяла Т.Н. Гордова (1961). При описании патологического опьянения О.Е. Фрейеров (1973) отмечал, что помимо классического (эпилептоидного и параноидного) могут отмечаться и другие его варианты, упоминая также, что многие исследования показали независимость данных состояний от количества выпитого. Он выделял сумеречные расстройства сознания на фоне употребления, молниеносный параноид и патологическое просоночное состояние, и давал подробное описание каждого. Отмечал, что сумеречное состояние обычно сопровождалось не настолько глубоким уровнем помрачения сознания, как при патологическом опьянении, субъекты могли сохранять относительно упорядоченное поведение, так как сознание хоть и было измененным, но оставалось сужено на определенном круге представлений; галлюцинации и бредовые идеи могут отмечаться, но обычно кратковременны, не оформлены.

Тот факт, что атипичные формы алкогольного опьянения чаще развиваются при наличии сочетанной психической патологии в виде ОПР (Клименко Т.В., Козлов А.А., Романов А.А., 2014), и то обстоятельство, что практически в половине случаев в анамнезе у лиц с алкогольными психозами имеются указания на перенесенные черепно-мозговые травмы доказывают значимость влияния органической «почвы» на развитие таких состояний (Тешабаева Г.Д., Аликулов Б.А., 2014).

Н.Ю. Олифиренко (2002, 2003) в своих работах, анализируя атипичные формы опьянения у лиц с церебрально-органической патологией, выявила, что имеется следующая связь в развитии таких форм опьянения – чем сильнее выражены проявления «постоянной органической почвы», тем меньше дополнительного воздействия в виде «временных» экзогенных факторов потребуется, и тем более будет выражена атипичность клинической картины алкогольного опьянения. К психотическим формам атипичного опьянения автор относит сумеречное помрачение сознания, параноид, деперсонализацию-дереализацию, делириозное помрачение сознания или патологическое просоночное состояние в тех условиях, когда последние возникают как привычная форма реагирования на действие алкоголя и ограничены временными рамками его действия (в отличие от собственно алкогольных психозов, имеющих иной патогенез).

К истинному клиническому патоморфозу алкогольных психозов П.С. Уманская (2010) в своей работе относит следующие особенности: стали реже встречаться тактильные и зоологические галлюцинации, бредовые идеи преследования, преобладающий ранее аффект страха и тревоги, в то же время в клинической картине более часто стали отмечаться галлюцинаторные образы людей, отдельные проявления синдрома психических автоматизмов, зрительные галлюцинации эротического содержания, бредовые идеи ревности, онейроидные включения, а также благодушный и эйфоричный или депрессивный ведущий аффект.

Среди других проявлений патоморфоза исследователи отмечают тенденцию к увеличению встречаемости алкогольных галлюцинозов несмотря на то, что общая встречаемость делириев все еще остается выше. Также отмечается изменение клинической картины психозов, могут отмечаться явления эндоформности симптоматики (императивные галлюцинации, бредовые идеи преследования, воздействия, вербальные псевдогаллюцинации, «открытость» мыслей), ввиду чего авторы стали предлагать в таком случае выделять алкогольный галлюциноз как атипичную форму метаалкогольных психозов (Егоров А.Ю., Алексин Д.С., Петрова Н.Н., 2012; Skryabin V.Y., Martinotti G. et al., 2023).

А.Г. Гофман, М.А. Орлова, А.С. Меликсетян (2010) помимо параноида, делирия и галлюциноза стали выделять промежуточные формы, представленные галлюцинозом с эпизодическими зрительными галлюцинациями или с кратковременной делириозной или онейроидной симптоматикой и последующим возвращением к исходной (из-за флюктуирующего помрачения сознания), а также другие сочетания симптоматики галлюциноза и делирия. К атипичным авторы относили такие состояния, при которых появляется отрывочная эндоформная симптоматика. Подводя итоги изучения патоморфоза алкогольных психозов, Т.И. Немкова и А.Г. Гофман (2018) отмечали два основных факта: рост встречаемости абортивных метаалкогольных психозов относительно типичных, а также учащение атипичной симптоматики в структуре данных состояний.

Широкая распространенность в последние годы новых синтетических ПАВ также связана с нарастающим патоморфозом экзогенных психозов. В многочисленных зарубежных, а также некоторых отечественных работах встречаются указания, что новые «дизайнерские» наркотики отличаются выраженной токсичностью, а при употреблении данных веществ достаточно часто развиваются полиморфные психотические расстройства, сопровождающиеся агрессивным поведением (Baumann M.H., Solis E. Jr., Watterson L.R. et al, 2014).

Современные взгляды на патоморфоз органических психических расстройств отражены в монографии Л.К. Хохлова и А.Л. Хохлова (2019). Авторы отмечают все более частую встречаемость «симптоматических» психозов, при этом

описанные ранее К. Vonhoeffер так называемые «чистые экзогенные» синдромы отошли на второй план, и клиническая картина «симптоматических» психозов стала характеризоваться, как указывалось выше, «полиморфностью и эндоморфностью», а также появилась тенденция к затяжному течению таких психозов.

1.2 Современные взгляды на клиническую картину и дифференциальную диагностику экзогенно-органических психозов

В действующей международной классификации (МКБ-10) термины «экзогенные» или «экзогенно-органические» психические расстройства не применяются, при этом к указанным группам с учетом описанных исследователями особенностей могут быть отнесены диагностические категории из двух разделов МКБ-10: «Органические, включая симптоматические психические расстройства» (F0x.xx) и «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ» (F1x.xx).

Применительно к МКБ-11, в случае ее введения в практическую деятельность, рубрике «Органические психические расстройства» будет соответствовать рубрика «Нейрокогнитивные расстройства», из психотических включающие только «Делирий», а «симптоматические» психозы в МКБ-11 вынесены в рубрику вторичных психических расстройств, вызванных расстройствами и болезнями, классифицированными в других рубриках. Психические расстройства, вызванные употреблением ПАВ, в МКБ-11 включают «Делирий» и «ПАВ-индуцированное психотическое расстройство», в рамках которого отдельно представлены варианты с преимущественной выраженностью конкретного ведущего симптома.

Таким образом, учитывая в том числе и подходы, предложенные современными классификациями, в гетерогенной группе экзогенно-органических психозов можно выделить: 1. Смешанные психозы (кратковременные экзогенно-органические психозы и исключительные состояния); 2. Органические психозы (так называемые «чистые» органические психозы - как проявление текущего

органического процесса); 3. Связанные с употреблением ПАВ психозы (интоксикационные, связанные с отменой ПАВ, ПАВ-индуцированные).

Отдельно выделяющиеся в судебно-психиатрической практике исключительные состояния, которые чаще любых других психических нарушений обуславливают совершение особо агрессивных правонарушений, связаны с имеющимся «органическим фоном» и интоксикационным фактором в тех или иных соотношениях (Доброгаева М.С., 1989; Волков В.Н., Дорофеенко Г.К., 2004; Гонгадзе М.Г., 2013). Классификация исключительных состояний с середины 1980-х годов претерпевала значительные изменения (Кондратьев Ф.В., 1986; Печерникова Т.П., Герасимова С.Н., 1986), однако основным клиническим проявлением независимо от генеза исключительного состояния принято считать сумеречное помрачение сознания. М.С. Доброгаева (1985) связывала частоту их возникновения с повышением распространенности органических психических расстройств и алкогольной зависимости, которые не только выступают диспозиционным фактором, но и приводят к появлению атипичных, переходных и абортивных клинических картин данных состояний.

В сравнении с экзогенными психозами интоксикационной природы, «чисто» органическое психотическое состояние отличается большей продолжительностью, а ведущими синдромами являются синдромы снижения или помрачения сознания и галлюциноза. В рамках бредовых синдромов часто отмечаются персекуторные или депрессивно-параноидные идеи, а галлюцинаторные образы характеризуются истинным характером восприятия (Гуреева Д.А., Гуреев Г.А. и др., 2017). В литературе описаны затяжные психотические состояния (Хохлов Л.К., Хохлов А.Л., 2019), отдельно рассматриваются органические психозы подросткового возраста, которые включают как острые, так и затяжные шизофреноподобные, аффективные и периодические (Макаров И.В., 2013).

Экзогенно-органические психозы при черепно-мозговых травмах встречаются как в остром периоде, так и возникают отсрочено. В остром периоде психозы проявляются синдромом помрачения сознания (делирии, сумерки, онейроиды), реже встречаются аффективные психозы и бредовые психозы, при

этом они разрешаются в течение нескольких дней и сменяются астенией. В отсроченном периоде (период реконвалесценции длительностью до года) могут развиваться затяжные аффективные и шизофреноподобные психозы, а в позднем периоде (по прошествии года и более) под действием дополнительных вредностей возможно развитие длительных аффективных или галлюцинаторно-бредовых шизофреноподобных психозов (Мучник П.Ю., Задорожная О.В., 2016).

Среди психозов, связанных с употреблением ПАВ, в литературе наиболее часто упоминаются расстройства вследствие употребления алкоголя (метаалкогольные психозы, алкоголь-индуцированные психозы) и психозы, связанные с употреблением новых синтетических ПАВ.

По наблюдениям А.Ю. Егорова, Д.С. Алексина и Н.Н. Петровой (2012), вероятность возникновения алкогольных психозов зависит от качества употребляемых напитков. По мнению авторов, наиболее специфичными для алкогольных психозов являются зоогаллюцинации, своеобразные галлюцинации полости рта, контрастные вербальные галлюцинации и парейдолии. Наличие в анамнезе черепно-мозговой травмы значительно усугубляет течение и прогноз заболевания, влияет на частоту возникновения судорожного синдрома (Егоров А.Ю., Алексин Д.С., Петрова Н.Н., 2012).

V.L. Narasimha, R. Patley (2015) показали, что в структуре острого алкогольного галлюциноза чаще всего преобладают слуховые галлюцинации в изолированном виде, достаточно редко – зрительные и слуховые, только зрительные практически не встречаются. Около половины случаев галлюциноза сопровождаются вторичными бредовыми идеями. Отмечено, что длительность течения галлюциноза в отдельных случаях превышала неделю, и симптоматика могла сохраняться продолжительное время.

В структуре делирия, вызванного употреблением «нормального» алкоголя, по наблюдениям К.А. Куржупова (2010) преобладает психомоторное возбуждение, тогда как при употреблении суррогатов – лишь состояние беспокойства. Запоминание событий реальной обстановки при перенесенном делирии наблюдается практически в каждом случае, а воспоминания собственно

психопродуктивной симптоматики остаются сохранными практически в 80%. В клинической картине структурно-сложных психозов часто встречаются бредовые идеи преследования, воздействия и ущерба, а также эротического характера (так называемого «гомосексуального» воздействия) и симптомы психических автоматизмов, что в совокупности говорит о нетипичности клинической картины и необходимости дифференциальной диагностики. Преобладание вербального галлюциноза с элементами «сделанности» и последующим развитием псевдогаллюциноза с присоединением бредовых идей воздействия может свидетельствовать о переходе экзогенного психоза в эндогенный (Березовская М.А., 2011).

А.Г. Гофман, М.А. Орлова, А.С. Меликсетян (2010) помимо параноида, различных форм галлюциноза (галлюциноз с преобладанием депрессивного тоскливого аффекта со скудными вербальными галлюцинациями - «голосами» обвиняющего содержания; галлюциноз с преобладанием бредовых идей преследования; галлюциноз с обильными обманами восприятия и вторичными бредовыми идеями) также выделяют промежуточные формы психозов, о которых упоминалось выше. К атипичным авторы относят такие состояния, при которых появляется отрывочная эндоформная симптоматика (выраженная депрессия, ступорозные включения, зрительные псевдогаллюцинации, фантастичность делириозной симптоматики).

Описывая симптом ложных узнаваний при алкогольных психозах, В.Ю. Иванцов (2012) отмечал, что в одних случаях он свидетельствует о тяжести состояния (в случаях помрачения сознания), в других – об атипичности течения психоза.

Г.Д. Тешабаева и Б.А. Аликулов (2014) на основании проведенного ими исследования алкогольный галлюциноз относят к атипичным формам метаалкогольных психозов в связи с частой встречаемостью эндоморфной симптоматики, легкой формой течения, отсутствием зависимости от длительности алкоголизации. Также, в исследовании указывается на выявление в последние годы

тенденции к исчезновению такой формы простых алкогольных психозов, как алкогольный параноид.

Изучив синдром психических автоматизмов в структуре алкогольных психозов, А.Г. Гофман (2016) отметил, что пациенты с алкогольными психозами не переносят истинных психических автоматизмов, а лишь из-за бредовой интерпретации таким образом трактуют истинные обманы восприятия и различные сенсопатии, тогда как истинные психические автоматизмы, известные в рамках синдрома Кандинского-Клерамбо, у них практически не развиваются.

Патоморфоз алкогольного делирия, связываемый О.И. Лесниковым (2018) в том числе с употреблением суррогатов и неблагоприятной экологической обстановкой, проявляется утяжелением клинической картины с появлением несвойственных классическим описаниям антропоморфных зрительных галлюцинаций, ротоглоточных галлюцинаций, бреда ущерба, благодушия или дисфории.

Субпсихотические и психотические состояния с различной симптоматикой (от собственно аффективных нарушений до синдрома помраченного сознания) описаны как проявления острой каннабиноидной интоксикации (Асанов Т.К., 1997). Отмечалось, что и клиническая картина психозов на фоне употребления современных психоактивных веществ, и их динамика нередко подобны заболеваниям эндогенного спектра – привычное экзогенное реагирование трансформируется и замещается эндогенным типом реакций (Хорошилов Г.П., Худяков А.В., Афанасьева Н.А., Березовская М.А., 2015).

В исследовании, которое проводилось О.М. Vallersnes, А.М. Dines, D.M. Wood (2016) с целью определения частоты встречаемости психозов, индуцированных наркотическими препаратами, среди 5529 пациентов с признаками рекреационной токсической реакции на наркотики у 348 человек развилось психическое расстройство с психотическими симптомами. Наиболее часто психоз возникал у потребителей каннабиноидов (преимущественно синтетических), амфетамина и кокаина, а при ассоциации наркотиков психоз вызывали триптамины, “соли” (МДПВ), ЛСД, метамфетамин и некоторые другие.

Симптомы психических расстройств на фоне приема катинонов, преимущественно МДПВ, могут быть представлены паническими атаками, выраженной ажитацией вплоть до психомоторного возбуждения, аффективными нарушениями с дисфорическими состояниями, острыми бредовыми идеями чувственного характера, обманами восприятия и даже спутанностью сознания, что ассоциировано с жестоким ауто - и гетероагрессивным поведением. В связи с вышеуказанными обстоятельствами большинство еще до госпитализации в психиатрический стационар сталкивались с правоохранительными службами, что сопровождалось оказанием выраженного сопротивления сотрудникам полиции при задержании, а правонарушения преимущественно были представлены убийствами, нанесением тяжких телесных повреждений, грабежами (Ross E.A., Reisfield G.M., Watson M.C. 2012, Stiles B.M., Fish A.F., Cook C.A., 2016, Diestelmann M., Zangl A., Herrle I., 2017, Weinstein A.M., Rosca P., Fattore L., 2017). Исследователи отмечают, что психические нарушения вследствие употребления синтетических каннабиноидов (например, «спайса») возникают в 6 раз чаще, чем при употреблении природных каннабиноидов (марихуана, каннабис), среди которых чаще регистрируются психозы с аффективными нарушениями, суицидальными мыслями, галлюцинациями и бредовыми идеями, и сопровождаются возбуждением и значительными нарушениями поведения (Paranti D., Schifano F., Botteon G., 2013; Weinstein AM, Rosca P, Fattore L, 2017).

Д.А. Гуреевой, Г.А. Гуреевым и др. (2017) проводился сравнительный анализ клинической картины эндогенных, интоксикационных и органических психозов. Они выделяли такие их особенности: скоротечность интоксикационных психозов, симптомы помрачения сознания или галлюцинаторно-бредовая симптоматика на инициальном этапе, яркие, преимущественно чувственные бредовые идеи с выраженным аффектом тревоги и страха, даже ужаса. Авторы пришли к выводу, что постоянное изменение химической структуры наркотических веществ приводит к крайнему разнообразию симптоматики вызванных ими психотических расстройств. Как отмечали Л.А. Иванова, Т.В. Терских с соавторами (2017),

необходимо всегда прицельно проводить дифференциальную диагностику с шизофреническими расстройствами затяжных наркотических психозов.

О.Н. Патрикеева (2018) в своей работе выделяла три ведущих варианта психотических состояний на фоне приема синтетических каннабиноидов – психоз с преимущественно галлюцинаторным синдромом, шизофреноподобный психоз и психоз с полиморфной симптоматикой. В работе С.М. Шаховой (2018) имеются указания, что психотические состояния на фоне употребления синтетических каннабиноидов могут возникать как в структуре острой интоксикации (более половины случаев), на фоне отмены, реже психозы могут возникать в отсроченном периоде. Психотические состояния характеризуются преимущественно делириозным помрачением сознания или смешанными состояниями помрачения с включениями онейроидной симптоматики. С употреблением «спайсов» автор связывает достаточно быстрое развитие органических психических нарушений, что также может затруднить диагностику.

Г.М. Усовым и С.А. Ракитиным (2020) были приведены результаты исследования, в котором изучались психотические состояния, связанные с употреблением каннабиноидов или их синтетических аналогов, синтетических стимуляторов, а также снотворных или седативных средств. Выявлялось, что бредовые идеи персекуторного характера отмечались во всех группах, однако у лиц, употребляющих каннабиноиды, преимущественно отмечались бредовые идеи воздействия, осуждения, ревности, а у потребителей стимуляторов – идеи реформаторства и самоуничтожения. Бредовые психозы преобладали у лиц, эпизодически употребляющих каннабиноиды и стимуляторы, а при систематическом приеме каннабиноидов и стимуляторов или употреблении снотворных и седативных средств чаще регистрировались психозы с преобладанием галлюцинаторных расстройств и синдромы помрачения сознания. Склонность к затяжному течению выявлялась у психотических состояний, вызванных приемом синтетических каннабиноидов, тогда как психозы на фоне употребления стимуляторов имеют тенденцию к быстрому разрешению, а вероятность развития повторного психоза выше при приеме снотворных и

седативных препаратов. Также, Н.А. Бохан, Г.М. Усов и С.А. Ракитин опубликовали в 2023г. результаты исследования, проведенного с 2013 по 2019гг., в котором оценивали уровень реабилитационного потенциала у пациентов с психотическими состояниями, вызванными приемом каннабиноидов и стимуляторов (и синтетических аналогов), снотворных и седативных препаратов. Было установлено, что наиболее высокий уровень реабилитационного потенциала, соответственно и благоприятный прогноз, у психозов, которые были вызваны приемом синтетических психостимуляторов, а наиболее низкие результаты потенциала к реабилитации выявлены при психозах, вызванных снотворными и седативными веществами.

Для психозов, развивающихся на фоне приема синтетических катинонов, специфичны такие проявления, как острое начало у лиц с «чистым психиатрическим анамнезом», незавершенность психопродуктивной симптоматики, наличие как минимум формальной критики к психозу (Кинкулькина М.А., Винникова М.А., Северцев В.В., 2021). Следует также отметить, что у молодых лиц, употребляющих синтетические катиноны, исследователями были выявлены такие патопсихологические особенности, которые можно расценивать как почву для развития психоза, как склонность к негативным переживаниям, избегающему поведению, депрессиям, импульсивность и алекситимия (Игумнов С.А., Шахова С.М., 2021).

А.С. Вдовин (2022) провел исследование психозов, связанных с приемом наркотических средств. В исследовании он рассматривал психозы, вызванные употреблением синтетических каннабиноидов (выборка из 66 человек), и вызванные сочетанным употреблением синтетических каннабиноидов и других ПАВ (выборка из 42 человек). Было выявлено, что психозы на фоне употребления синтетических каннабиноидов преимущественно возникали в периоде острой интоксикации и сопровождались сочетанием аффективных, бредовых, галлюцинаторных синдромов, включениями психических автоматизмов и делириозной симптоматикой, а при сочетанном употреблении психозы чаще развивались в структуре синдрома отмены и протекали с клинической картиной

помрачения сознания (сумеречного или делириозного), либо ведущим галлюцинаторно-бредовым синдромом.

В большом количестве источников встречается указание на выраженный потенциал вызывать шизофреноподобные психозы, а также трансформироваться в эндогенное расстройство у натуральных и синтетических каннабиноидов и синтетических катинонов (Н.А. Бохан, Г.Ю. Селиванов, А.А. Сальников, К.А. Блонский, 2021; Клинические рекомендации ассоциации наркологов, 2020). В.К. Шамрей, А.В. Марков с соавторами (2022) отмечали, что психотические расстройства, связанные с употреблением ПАВ, преимущественно характеризуются полиморфной симптоматикой (до 91%), при этом нередко сопровождаются расстройствами, характерными для эндогенного регистра. Данные особенности подтверждаются и результатами другого исследования, которое показало, что психозы на фоне употребления синтетических «дизайнерских» наркотических средств чаще протекают с преобладанием шизофреноподобной симптоматики (72 случая) в сравнении с классическим экзогенным типом реагирования (14 случаев) (Дубатова И.В., Стоякин И.В., 2018).

При индуцированных приемом ПАВ психозах возможно появление и когнитивных нарушений, и таких изменений личности, которые характерны для эндогенного процесса. С целью проведения дифференциальной диагностики были предложены следующие критерии: для ПАВ-индуцированных психозов - четкая связь с приемом ПАВ, отсутствие тенденции к затяжному характеру течения психоза (длительность менее 6 месяцев), для эндогенных психозов - стойкость выявленных нарушений, процессуальность/прогредиентность, а также констатация специфических преморбидных особенностей (Игонин А.Л., Кекелидзе З.И., Клименко Т.В., 2015; Фастовцов Г.А., 2018; Федотов И.А., 2020; Андрусенко А.А., 2021).

С учетом того, что вызванные ПАВ психозы часто имеют шизофреноподобную клиническую картину, большое количество зарубежных исследований также посвящено сложным отношениям между употреблением ПАВ

и дебютом шизофрении или модификацией уже начавшегося эндогенного заболевания, а также вопросам дифференциальной диагностики.

При сравнении алкоголь-индуцированных психозов с эндоформной картиной и шизофренических психозов G.P. Jordaan, D.G. Nel (2019) выяснили, что пациенты с алкоголь-индуцированными психозами имели значительно более низкий уровень образования, более позднее начало психоза, более высокий уровень депрессивных и тревожных симптомов в клинической картине, меньше негативных и дезорганизованных симптомов, более продуктивные показатели мышления, а также меньшие функциональные нарушения по сравнению с пациентами с шизофренией.

Результаты исследования, проведенного с 2002 по 2015г., свидетельствуют о том, что чаще всего веществами, вызывающими психотическое расстройство, были каннабиноиды (60,3%) и кокаин (40,5%), а у 41,6% людей в последующем диагностировалось тяжелое психическое расстройство (Inchausti L. et al., 2022).

При употреблении амфетамина, экстази (МДМА) и метамфетамина наряду с острыми (эпизодические, проходящие или персистирующие) могут развиваться также хронические психотические расстройства (например, стойкое галлюцинаторное нарушение восприятия), описаны как случаи со специфической симптоматикой, например, в виде синдрома Капгра (Samrathi B.R. et al., 2018), так и появление в дальнейшем негативных симптомов (неадекватный или сглаженный аффект, апато-абулические проявления, бедность речи). Исследование показало, что выраженность как продуктивных, так и негативных расстройств и при эндогенных расстройствах, и при психозах метамфетаминового генеза практически не отличалась. Обсуждалась вероятность ускорения развития эндогенного заболевания у уязвимых лиц на фоне приема данных наркотических веществ. В двух исследованиях, проведенных в Азии и Финляндии, при длительном наблюдении лиц с психотическими симптомами, возникшими на фоне приема наркотических средств амфетаминового ряда, при прекращении употребления в дальнейшем они не разрешались, и диагноз был изменен на шизофрению в течение первых трех лет (от 23 до 30%). Общий риск развития шизофрении в группе

потребителей амфетаминов был в десять раз выше (Srisurapanont M., Arunpongpaisal S., Wada K., 2011; Litjens R.P.W. et al., 2014; McKetin R., Baker A.L., Dawe S., 2017, Rognli E.B., Medhus S.E., Bramness J.G., 2015; Liu Y., Hao B., Shi Y., 2017; Ghose S., 2018).

В последующем в работах исследователей в рамках психозов, спровоцированных употреблением наркотических средств и отличающихся шизофреноподобной симптоматикой, были выделены такие группы симптомов, как позитивные, негативные и когнитивные, а с целью разграничения истинного генеза психоза – экзогенный, вызванный употреблением ПАВ, или эндогенный - использовались методы, показывающие нарушения в нейромедиаторных системах при ПАВ-индуцированных психозах (Ham S. et al, 2017).

T.R Barnes., S.H. Mutsatsa (2006), R.M. Murray, A. Englund (2017) отмечают, что употребление марихуаны и синтетических каннабиноидов при развитии психических расстройств сопровождается появлением психопродуктивной симптоматики (преимущественно), а в некоторых случаях регистрируются также негативные симптомы, когнитивные и нейрофизиологические нарушения, подобные шизофреническим. Многолетнее исследование реестра Шотландской записи о заболеваемости среди пациентов с индуцированным лекарственным или наркотическим веществом психозом у многих в последующем был верифицирован диагноз эндогенного расстройства преимущественно в течение первых двух лет. Также отмечалось, что употребления любого вида психоактивных веществ сопряжен с повышенным риском дебюта эндогенного заболевания, а длительность психоза более 2 недель - с большим риском перехода в эндогенное заболевание (Nielsen S.M., Toftdahl N.G., Nordentoft M., 2017; Alderson H.L., Semple D.M., Blayney C., 2017).

В исследовании, результаты которого были опубликованы D. Rentero с соавторами (2021), отмечалось, что у лиц с каннабиноид-индуцированным психозом по сравнению с лицами с установленным диагнозом шизофренического спектра и употребляющих каннабиноиды выявлялись более низкие средние баллы по отрицательной подшкале PANSS, меньшее количество слуховых галлюцинаций

и более частое и выраженное проявление мании, при том что в целом клинические характеристики их мало отличались.

Высказывалось мнение о том, что вызванное употреблением ПАВ психотическое расстройство с длительным течением все же может быть отдельной нозологической единицей, но к настоящему времени все еще не разработаны четкие критерии дифференциальной диагностики, хотя уже ведутся исследования в области особенностей когнитивных нарушений при экзогенном типе психозов (Gicas K.M. et al., 2022). Предлагалось вынесение таких ПАВ-индуцированных психозов в отдельную рубрику классификации (Bramness G.J., Syse A., Rognli E.B., 2023).

Применительно к судебнопсихиатрической практике исследование, проведенное среди пациентов с психотическими расстройствами с симптомами и без симптомов шизофрении на фоне употребления выявило, что в первой группе пациентов намного чаще встречался опыт совершения физического или сексуального насилия (Trudeau K.J., Burtner J., Villapiano A.J., 2018). Как пишут G. Mellsop, W.K. Choi с соавторами (2016), в судебнопсихиатрической практике в странах нет единого мнения и законодательных основ в отношении вопроса о юридической квалификации психоза, вызванного психоактивными веществами.

В практике СПЭ острые и затяжные психотические состояния, по своей клинической картине напоминающие шизофренические психозы, встречаются довольно часто, при этом сложной проблемой остается проведение дифференциального поиска при решении диагностических вопросов в отношении психозов, возникающих на фоне употребления ПАВ и протекающих с шизофреноподобной картиной, между манифестными психозами (шизофренический спектр) и собственно связанными с употреблением ПАВ шизофреноподобными психозами (Фастовцов Г.А., Осколкова С.Н., 2018).

Проведенное А.В. Хрящевым с соавторами (2016) исследование выявило патоморфоз шизофрении, который был обусловлен как выраженной органической отягощенностью пациентов, так и употреблением ПАВ. Как показало исследование Т.И. Дикой с соавторами (2019), из 65 пациентов с психотической симптоматикой,

возникшей на фоне отравления неустановленным психоактивным веществом, у 47,7% регистрировался психоз эндоформной структуры, выявлялись даже такие специфические симптомы, как онейроидное помрачение сознания и кататония. С другой стороны, у лиц с употреблением ПАВ в анамнезе (особенно новых синтетических веществ) первый эпизод эндогенного расстройства может характеризоваться и экзогенным характером симптоматики, и только по истечении времени трансформироваться в классический эндоформный тип (Юков О.С., 2020). Вышеуказанное еще более сближает шизофреноподобные психозы, связанные с употреблением ПАВ, и манифестные шизофренические психозы под влиянием ПАВ и органической почвы.

1.3 Формирование подходов к судебнопсихиатрической оценке экзогенно-органических психозов

Согласно действующему в России законодательству (ст. 23 УК РФ), при совершении правонарушения в состоянии опьянения, вызванного любым из перечисленных в статье веществ, лицо должно подлежать уголовной ответственности. В таком случае, когда психотическое состояние развивается на фоне приема ПАВ и сопровождается совершением общественно-опасного деяния, лица признаются невменяемыми (Дмитриева Т.Б., 1997; Игонин А.Л., Клименко Т.В., 2003). Данное обстоятельство обусловлено тем, что психоз на фоне употребления является «болезненным», иным по качеству состоянием, и возникает не из-за самого факта употребления ПАВ, а по другим биологическим механизмам.

Следовательно, в случае выявления психоза на момент совершения ООД, вызванного употреблением ПАВ, в первую очередь перед судебнопсихиатрическими экспертами возникает вопрос о разграничении психотических и непсихотических форм интоксикации ПАВ. Как при непсихотических, так и при психотических формах могут выявляться аффективные нарушения с соответствующей переоценкой собственных сил и колебаниями уровня самосознания, иллюзорные расстройства с некоторым искажением восприятия окружающей обстановки, агрессивными тенденциями, нарушениями памяти и другие признаки, которые могут напоминать психоз (Клименко Т.В., 2011).

При употреблении ПАВ сложности констатации уровня психического расстройства как психотического/непсихотического могут возникать при наличии в состоянии неоформленных, редуцированных включений психопродукции - отдельных бредовых высказываний или иллюзий при отсутствии выраженных аффективных нарушений или возбуждения, наличии критики к собственным переживаниям в разной степени выраженности, когда в инкриминируемом деянии не прослеживается прямой связи с содержанием патологических переживаний. В таких случаях в зависимости от всех обстоятельств дела экспертное решение может включать как констатацию 21 ст. УК РФ, 22 ст. УК РФ, а также и дачу заключения о полностью сохранной способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими (Игонин А.Л., Кекелидзе З.И., Клименко Т.В., 2015).

Отмечалось, что при экспертной оценке алкогольных психозов кроме имеющихся практических трудностей может возникать ряд вопросов в связи с недостаточно четко сформированными границами этих состояний (Морозов Г.В., Иванец Н.Н., 1974). Особое внимание в данном свете привлекает хронический алкогольный галлюциноз, при котором вместе с наличием выраженной психопатологической симптоматики нередко у больного может констатироваться в каких-то периодах критическое отношение к своим болезненным переживаниям с возможностью разграничения галлюцинаторных переживаний от реальной действительности. Авторы отмечали также сложности при квалификации синдромальной формы алкогольного психоза в случае острых психозов и нозологической принадлежности при затяжном характере психоза. Другими сложностями, с которыми могли столкнуться эксперты, оценивая лицо, сообщаящее о наличии у него психотической симптоматики, связанной с употреблением алкоголя, были: метасимуляция (демонстрация отмечавшихся когда-либо ранее психотических расстройств); установление времени развития психоза (начался он до или вскоре после совершения ООД); психогенное влияние судебно-следственной ситуации с возможным изменением психического состояния подэкспертного (Морозов Г.В., Иванец Н.Н., 1974).

Одной из наиболее сложных проблем в судебной психиатрии в оценке острых психотических расстройств до настоящего времени является группа исключительных состояний. Исключительные состояния в начале 20 века не были редкостью, такие диагнозы устанавливались достаточно часто, однако наличие данного расстройства в период инкриминируемого деяния не всегда соотносилось с невменяемостью. И.Н. Введенский (1935) писал, что «в некоторых случаях выявленное патологическое опьянение у лица было уже не первым в жизни, приводя к повторным правонарушениям, а связь возникновения этих состояний с употреблением алкоголя осознавалась самим лицом. Формально, преступление было совершено в болезненном состоянии, необходимо применение мер медицинского характера, однако они оказываются малопродуктивными, потому что состояние лица вне психоза не требует лечения, и само лечение длится в таком случае очень недолго, не только не предотвращая повторение психотических эпизодов и ООД, но и создавая у субъекта ошибочное и вредное сознание своей безответственности и безнаказанности».

В дальнейшем подходы к решению диагностических и экспертных задач применительно к исключительным состояниям претерпели существенные изменения, сужались диагностические критерии патологического опьянения, а также описывались ослабляющие факторы для развития указанного состояния и уточнялись характерные симптомы. Так, прослеживаемый мотив или его отсутствие, количество принятого алкоголя, терминальный сон с последующим тотальным выпадением воспоминаний перестали быть диагностически значимыми при разделении простой и патологической форм опьянения. В результате, с учетом всех проведенных исследований в конкретных работах были разработаны актуальные критерии для разграничения простого алкогольного опьянения от патологического, а также выделены и структурированы варианты различных форм атипичного опьянения (Качаев А.К., 1979; Олифиренко Н.Ю., 2003). Таким образом, основополагающим для решения диагностических и экспертных вопросов исключительных состояний стал синдром сумеречного помрачения сознания со специфическими признаками, а именно нарушениями, затрагивающими моторные

функции (качественно иные нарушения речи, движения, нежели при простом алкогольном опьянении), поведение, которое не отражает окружающей обстановки, сопровождается совершением неадекватных действий, поступков в выраженном возбуждении, и в совокупности обусловлены галлюцинациями и бредовыми идеями (Морозов Г.В., Качаев А.К., Лукачер Г.Я., 1973).

Н.Ю. Олифиренко (2002, 2003) в работах были выделены три варианта протекания атипичного алкогольного опьянения у лиц с ОПР: в первом случае клиническая картина «привычной» атипичной формы опьянения не достигает психотического уровня, в этом случае имеет место измененная форма опьянения, при достижении психотического уровня говорится об осложненной форме опьянения, а в случае, когда атипичное опьянение наблюдается впервые в жизни с указанием на наличие сочетанного действия нескольких факторов – речь идет о декомпенсированной форме опьянения. При этом две последние формы влияют на способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими лица, совершившего ООД в состоянии атипичного алкогольного опьянения, а констатация измененной формы лишь в сочетании с личностными особенностями может ограничивать данную способность (22 ст. УК РФ).

М.М. Мальцева и В.П. Котов (1995) отмечали в своих работах, посвященных механизмам совершения ООД лицами с психическими расстройствами, что правонарушения, которые совершаются в психотическом состоянии, не имеют тенденции к повторениям в сравнении с совершенными по негативно-личностным механизмам. В случае преходящего характера психоза, когда ООД было совершено в остром психотическом состоянии, завершившемся к моменту поступления на экспертизу, в рамках профилактики общественной опасности может быть назначено амбулаторное наблюдение и лечение у психиатра; в случае сохранения психопродуктивной симптоматики может быть показано лечение в психиатрическом стационаре, тогда как сопутствующие негативно-личностные нарушения, наличие антисоциальных установок, резистентность к терапии могут быть основанием для выбора более строгой меры принудительного лечения.

О.А. Макушкиной (2017) среди клинико-психопатологических критериев риска общественной опасности были выделены следующие: значительные нарушения поведения с такими психопатоподобными проявлениями, как выраженная агрессивность, возбудимость, ригидность, жестокость, тенденция к дисфорическим реакциям, прослеживаемые антисоциальные установки. С другой стороны, неблагоприятны и такие нарушения, как снижение эмпатии, холодность, безразличие, отсутствие чувства вины, а также парадоксальность эмоциональных реакций. Значимы прогрессивность психического расстройства с выраженными когнитивными нарушениями. Отдельное внимание уделяется бредовым синдромам, протекающим хронически или с периодическими обострениями и ведущей персекуторной фабулой. Серьезным отягощающим фактором считается склонность к злоупотреблению психоактивными веществами, а сочетание синдрома зависимости с указаниями на перенесенные черепно-мозговые травмы часто сопровождается грубыми психопатоподобными проявлениями. В рамках социальных критериев значимо перенесенное насилие, грубые нарушения поведения в пубертатном возрасте, противоправное поведение в анамнезе, социальная неустроенность.

В своем учебном пособии А.Ю. Березанцев (2018) приводит обобщенные критерии, которые следует учитывать при решении вопроса необходимости и достаточности принудительных мер медицинского характера. Среди клинических факторов он отмечает необходимость учета наличия следующих синдромов и их выраженность: психопатоподобный, бредовый (особая опасность сопряжена с наличием бредовых идей персонифицированного характера, выраженность напряженности аффекта), острые пароксизмальные состояния, депрессивные бредовые синдромы, а также маниакальные. В рамках социально-психологических – степень дезадаптации во всех сферах, употребление психоактивных веществ, криминальные личностные установки, повторность ООД, склонность к нарушению больничного режима. Показаниями к назначению такого вида ПММХ, как лечение в ПБСТИН – «особая» опасность, о чем свидетельствует как тяжесть совершенного преступления и тенденция к рецидивам, так и выраженная прогрессивность

психического расстройства в сочетании со склонностью к нарушениям режима. Для направления на лечение в психиатрический стационар спец. типа показаниями важно учитывать стойкость психических нарушений, частые обострения психического расстройства, асоциальные установки; лечение в стационаре общего типа показано в случае курируемого психотического состояния (или обострения), либо правонарушение, связанное с внешними обстоятельствами (ПАВ, ситуация); АПНЛ обычно является вторичным этапом принудительного лечения, его назначение как первичной меры показано при временном психическом или обострении хронического психического расстройства, прошедшего к моменту экспертизы, а также для лиц с негативно-личностными нарушениями (со снижением активности, но не психопатоподобных эксплозивных), когда правонарушение не представляет выраженной опасности, спровоцировано внешними обстоятельствами, отсутствует склонность к употреблению ПАВ и асоциальным установкам.

При экспертизе лиц с психотической формой атипичного алкогольного опьянения предлагается учитывать следующие факторы: если в генезе расстройства отмечалось преобладание временных факторов, отсутствуют выраженные когнитивные и/или психопатоподобные нарушения, не сформирован синдром зависимости от ПАВ - возможно рассмотреть вариант АПНЛ. При осложненной же форме атипичного алкогольного опьянения преобладают выраженная постоянная почва органического генеза, негативно-личностные изменения, сопутствующий синдром зависимости и морально-этическое снижение, которые и будут обуславливать выбор соответствующей меры принудительного лечения (Клименко Т.В., Игонин А.Л. и др., 2004).

Г.Ю. Алексеева, Н.В. Дубовец с соавторами (2014) пришли к заключению, что при острых психотических состояниях алкогольного генеза общественная опасность лиц обусловлена преобладанием продуктивно-психотических, а именно бредовых механизмов совершения ООД, а при хронических – негативно-личностных. С особыми сложностями эксперты сталкиваются при выборе принудительных мер медицинского характера, когда к моменту проведения СПЭ

клиническая симптоматика полностью редуцируется – тогда важно оценивать негативно-личностные проявления как следствие фоновой психической патологии, при полном разрешении острого психотического состояния и при отсутствии какого-либо психического расстройства оценивается характер употребления ПАВ, личностные и социальные факторы.

Анализируя динамику наркотических психозов у лиц, направленных на судебно-психиатрическую экспертизу, было установлено, что большая часть психотических симптомов, которые были вызваны употреблением психоактивного вещества в рамках интоксикации или в состоянии абстиненции, редуцируются в условиях воздержания от приема ПАВ, однако затруднения возникают в тех случаях, когда психотическая симптоматика сохраняется длительное время или рецидивирует в отсутствие действия ПАВ, тогда окончательный диагноз выставляется только с учетом полного всестороннего анализа всех факторов. При сохранении психотических симптомов в условиях полной отмены ПАВ на протяжении 6 месяцев и более - рекомендуется установление диагноза психотического расстройства, не связанного с приемом ПАВ (Liu Y., Hao B. et al., 2017). Необходимость проведения дифференциальной диагностики с разграничением атипичной формы наркотического опьянения на патологически отягощенной почве в виде интоксикационного психоза, и индуцированного употреблением наркотических средств острого психоза при хроническом психическом расстройстве, связана с существенно разными подходами к выбору принудительной меры медицинского характера (Кондратьев Ф.В., Герасимова С.М. и др., 1991).

Судебно-психиатрическая оценка состояний, которые вызваны употреблением наркотического вещества и протекают со стереотипными (повторяющимися у одного пациента) психотическими явлениями, обуславливает необходимость учитывать выраженность нарушения способностей воспринимать объективную реальность, критически ее оценивать и руководить своими действиями, а в то же время в таких случаях необходимо оценивать возможность лица с вышеуказанными привычными психотическими формами опьянения

предполагать вероятность развития данных состояний в связи с употреблением наркотика (Bourget D., 2013). Признание таких лиц невменяемыми для проводящих исследования в данной сфере представлялось недостаточно обоснованным с морально-этической и правовой позиций, в результате нарастала необходимость разработки нового судебно-психиатрического подхода для комплексной оценки – состояния обвиняемого с момента начала потребления им психоактивных веществ до момента совершения ООД. Потенциально, возможно было бы констатировать, мог ли конкретный обвиняемый воздержаться от приема вещества, понимая, что после его употребления у него возникают привычные психотические расстройства.

В зарубежных публикациях отмечается, что большинство стран (в отличие от России) острое психотическое расстройство, вызванное приемом ПАВ, не расценивает как психическое заболевание - психоз, вызванный приемом наркотиков, не может служить основанием для признания невменяемым, так как является самоиндуцированным состоянием. В некоторых странах при совершении правонарушения в состоянии опьянения, развившегося на фоне основного психического расстройства, принятие решения судом базируется на том, что первично в развитии психоза – прием ПАВ или фоновое психическое расстройство (Bourget D., 2013, Mellsop G., Choi W.K. et al. 2016). Освобождение обвиняемого от уголовной ответственности возможно в такой ситуации, когда в результате употребления ПАВ возникает длительное ухудшение психического состояния на фоне эндогенной предрасположенности и действия ПАВ (Appelbaum P.S., 2022).

Актуальность данной темы связана с необходимостью уточнения подходов к решению диагностических и экспертных вопросов в рамках судебной психиатрии в отношении лиц, совершивших ООД в состоянии психоза экзогенно-органической природы, и представляет особый интерес для специалистов психиатров и наркологов. Исследователи оценивают эту группу как безусловно подверженную патоморфозу и требующую дальнейшего изучения.

Анализ специальной литературы показал, что за много лет исследований и публикаций относительно органических, ПАВ-индуцированных психозов и исключительных состояний - крайне мало. При нарастающем интересе к психозам,

вызванным употреблением новых ПАВ, практически отсутствуют их исследования на судебно-психиатрическом контингенте. Соответственно целый ряд вопросов, касающихся оценки юридически значимых способностей обвиняемых, которые совершили ООД в состоянии экзогенно-органического психоза, остается до настоящего времени не освещенным.

Глава 2

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с целью и задачами настоящей диссертационной работы была сформирована выборка обследованных с учетом основных критериев включения:

- а) совершеннолетние обвиняемые мужского пола;
- б) острое психотическое расстройство в период совершения ООД;
- в) указания на экзогенную вредность или употребление ПАВ (алкоголь, наркотическое средство, лекарственное вещество, их сочетанное употребление) незадолго до развития психотического состояния.

Критериями исключения явились:

- установленный ранее диагноз эндогенного психического расстройства;
- наличие в период обследования психического расстройства, препятствующего окончательному решению диагностических и экспертных вопросов.

В выборку вошли 104 подэкспертных в возрасте от 19 до 75 лет (средний возраст – $42,7 \pm 13,2$ лет), находившихся на стационарной судебно-психиатрической экспертизе в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России в период с 2008 по 2022г. Из них 60 - личные наблюдения, 44 были проанализированы по данным архива ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ.

Основным методом исследования был клинико-психопатологический. Проанализированы социально-демографические показатели обследованных, особенности их криминального анамнеза, проведенные ранее СПЭ, основные клинико-анамнестические параметры, характеризующие «постоянную почву» (наследственная отягощенность, отмечавшиеся в разные возрастные периоды особенности формирования психики, экзогенные вредности, включая травмы головы, употребление ПАВ, наличие сопутствующей соматической патологии и пр.). Особое внимание уделялось анализу факторов «временной почвы» и триггерных воздействий, непосредственно предшествующих развитию психотического расстройства, а также клинической картине острого

психотического состояния в период ООД и его динамике в судебно-следственной ситуации.

При анализе состояния обследованных во время прохождения СПЭ помимо основного клинико-психопатологического метода во всех случаях использовались результаты проведенных подэкспертным соматоневрологического, экспериментально-психологического обследований и данные электроэнцефалографии. В собственных наблюдениях проводилась дополнительная объективизация психопатологических расстройств с использованием психометрических методик:

- Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA, Nasreddine Z. et al., 2004), позволяющая в баллах оценить общий уровень когнитивных расстройств и выявить профиль нарушенных когнитивных функций (зрительно-конструктивные навыки, зрительный гнозис, внимание, речь, память и т.д.).

- Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R., Derogatis L.R. et al., 1974), предназначенный для определения текущего статуса и степени дискомфорта, причиняемого теми или иными симптомами вне зависимости от того, насколько они выражены в реальности. SCL-90-R включает в себя 90 утверждений, сгруппированных в ряд шкал. Каждый из 90 вопросов оценивается по пятибалльной шкале (от 0 до 4), где 0 соответствует позиция «совсем нет», а 4 — «очень сильно». Результаты по SCL-90-R могут быть интерпретированы на трех уровнях: общая выраженность психопатологической симптоматики, выраженность отдельных шкал, выраженность отдельных симптомов. Индекс GSI является наиболее информативным показателем, отражающим уровень психического дистресса индивида. Индекс PSDI представляет собой измерение интенсивности дистресса и, кроме того, может служить для оценки «стиля» выражения дистресса: проявляет ли испытуемый тенденцию к преувеличению или к укрытию своих симптомов.

Полученные в результате обследования подэкспертных фактические данные в виде качественных и количественных признаков регистрировались в тематической карте и составили компьютерную базу данных (с использованием

программы Microsoft Excel). Статистическая обработка проводилась с использованием Statistica 10.rus, включала определение удельного веса показателей, анализ таблиц сопряженности, оценку достоверности различий сравниваемых показателей с использованием непараметрических критериев (χ^2 Пирсона, критерии Краскела–Уоллиса при сравнении трех групп и Манна-Уитни при попарном сравнении групп). Для сравнения распределения качественных показателей использовался двусторонний вариант точного теста Фишера. Как достаточный принимался уровень статистической значимости различий $p \leq 0,05$.

2.1 Общая характеристика обследованных

Как видно на Рисунке 1, в выборке обследованных чаще встречались подэкспертные в возрасте 31-45 лет (44 набл., 42,3%) и 46-60 лет (31 набл., 29,8%), что свидетельствует о социальной значимости проблемы, так как острые психотические состояния экзогенной природы чаще наблюдаются у лиц наиболее активного возраста. Самая молодая группа обвиняемых в возрасте 19-30 лет (18 набл., 17,3%) и пожилые – от 61 до 75 лет (11 набл., 10,6%) составили в совокупности менее трети обследованных (Рисунок 1).

Рисунок 1. Возрастные характеристики обследованных



О том, что к развитию экзогенно-органических психозов имеется предрасположенность, говорили еще А.В. Снежневский и И.В. Давыдовский (1975). Они отмечали, что для развития психотических состояний экзогенной природы существует так называемое конституционально-генетическое

предрасположение, которое реализуется под действием тех или иных разрешающих факторов. Однако были и те, кто придерживался иной точки зрения, категорически отрицая какую-либо возможность наследственной предрасположенности к развитию экзогенных психотических состояний (Willi J., 1966). В современных исследованиях алкогольных психозов была установлена связь частоты их развития с наследственной отягощенностью алкогольными психозами, а также с любыми психическими заболеваниями у родственников (Егоров А.Ю., Алексин Д.С., Петрова Н.П., 2012).

Анализ показал, что наследственная отягощенность психическими и наркологическими заболеваниями наблюдалась у 34 обследованных (32,7%). Из них в 28 случаях (26,9%) у родственников наблюдались расстройства, связанные с употреблением ПАВ, расстройствами шизофренического спектра наследственность была отягощена у 2-х обследованных (1,9%), у 4-х обследованных (3,8%) отмечалась наследственная отягощенность другими психическими расстройствами.

У обследованных без синдрома зависимости от ПАВ наследственная отягощенность наркологической патологией наблюдалась лишь в 19,8% (17 набл.), в то время как у лиц со сформированным синдромом зависимости родственники злоупотребляли ПАВ почти в половине случаев (15 набл., 46,9%; $\chi^2=13,6$, $p=0,018$), что соответствует имеющимся данным литературы о наличии наследственной предрасположенности к употреблению ПАВ, особенно алкоголизму (Тиганов А.С., 1999; Котова В.С., 2006).

В детском возрасте у обследованных выявлялись последствия перенесенных перинатальных вредностей в виде: задержки психического развития (7 набл., 6,7%), судорожных припадков, энуреза, парасомний, снохождения, головных болей, тиков (7 набл., 6,7%), а в 4,8% (5 набл.) - выраженные эмоционально-волевые нарушения в виде преимущественно повышенной эмоциональной возбудимости, капризности, тревожности, раздражительности, двигательной расторможенности.

В подростковом возрасте эмоционально-волевые расстройства наблюдались у 20,2% (21 набл.) обследованных и проявлялись преимущественно аффективной

неустойчивостью, расторможенностью влечений, импульсивностью и агрессивностью с тенденцией к девиантному поведению. Проявления церебрастенического синдрома - утомляемость, головные боли, головокружения, метеочувствительность, раздражительная слабость, а также трудности при осуществлении мыслительной деятельности отмечались у 6 (5,8%) обследованных. Выявленные нарушения в школьном возрасте вызывали трудности адаптации в коллективе сверстников и усвоения образовательной программы, а нарушения в подростковом возрасте затрудняли внутрисемейную адаптацию с тенденцией к побегам, совершению делинквентных поступков, нередко сопровождались привлечением к уголовной ответственности.

У части обследованных органическое поражение ЦНС клинически проявляться стало еще в детском или подростковом возрасте, что обусловило трудности их социализации, привело к последующему нарушению социальной адаптации, и даже обусловило обращение за психиатрической помощью (10,6%, 11 набл.), что было обусловлено поведенческими нарушениями или когнитивными расстройствами.

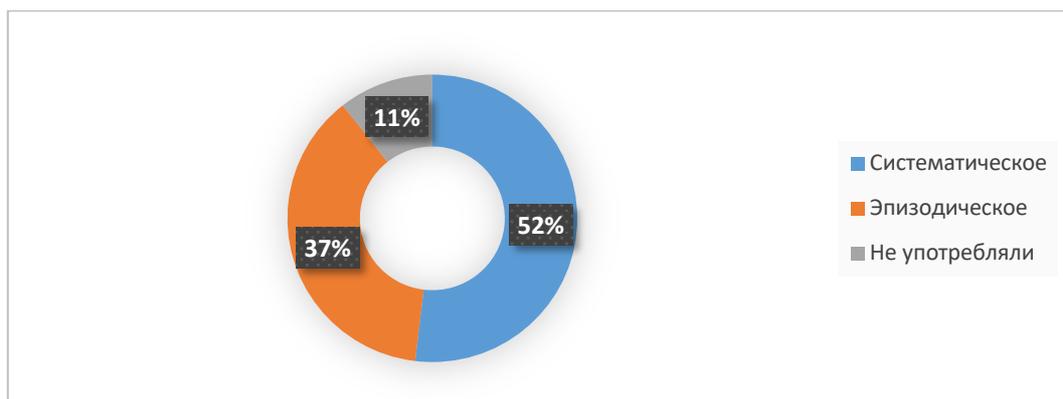
Высшее или неполное высшее образование имели лишь 20,2% обследованных (21 набл.). Наиболее часто обследованные лица имели среднее специальное образование (55 набл., 52,9%), среднее образование имели 28 (26,9%) обследованных. Работали по специальности в различных сферах чуть более половины (55 набл., 52,9%), неквалифицированным трудом занимались 41 (39,4%) обследованных, не работали - 8 (7,7%). В официальном браке к моменту проведения экспертизы состояли меньше половины обследованных - 39,4% (41 набл.).

Срочную военную службу прошли и были уволены в запас на общих основаниях половина обследованных - 50,7% (53 набл.). Из-за наличия судимости не призывались на службу 12,5% обследованных (13 набл.); 4,8% обследованных (5 набл.) не были призваны или были комиссованы по психическому состоянию, во всех случаях из-за резидуальных нарушений вследствие ранее перенесенных экзогенных вредностей, преимущественно с низким уровнем интеллекта и

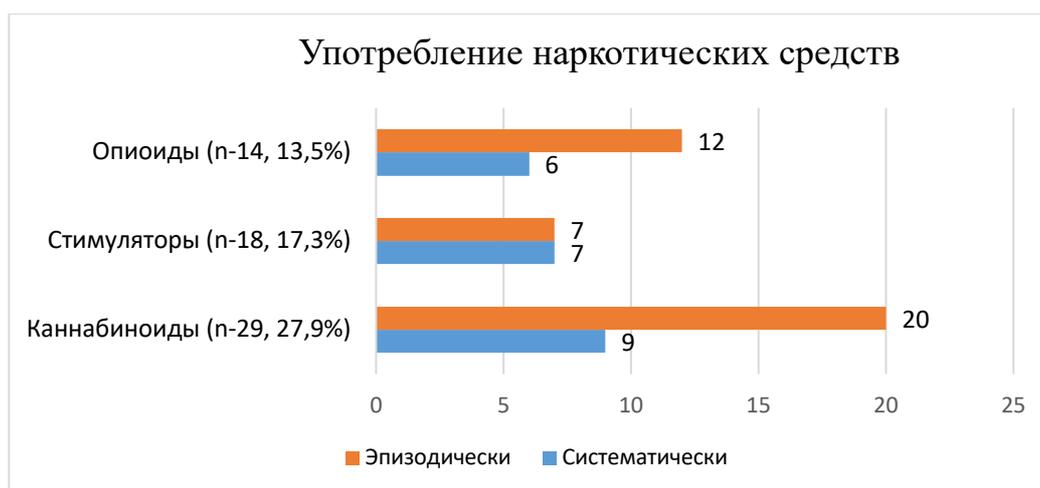
психопатоподобным поведением; в одном случае - в силу выраженных церебрастенических расстройств. Остальные 31,7% обследованных (33 набл.) не проходили службу по другим причинам, в том числе соматическим заболеваниям (17 набл., 16,3%).

Черепно-мозговые травмы в течение жизни переносили 76 (73,1%) обследованных, в большинстве случаев они были получены обследованными во взрослом возрасте (старше 18 лет): у 30 (39,5%) обследованных отмечалась однократная легкая ЧМТ, сопровождавшаяся кратковременными общемозговыми симптомами (потерей сознания, тошнотой, рвотой, головной болью), последующей астенией и когнитивными нарушениями (трудности концентрации внимания, рассеянность, повышенная истощаемость), у 24 (31,6%) обследованных в анамнезе содержались сведения о неоднократных ЧМТ с вышеуказанными симптомами, а в 6 (5,8%) наблюдениях были документально зафиксированы тяжелые ЧМТ с длительной утратой сознания и отсроченными проявлениями в виде нарушений памяти, торпидности мышления, личностных изменений. Травмы головы в возрасте до 18 лет перенесли 16 (15,4%) обследованных.

При изучении таких экзогенных вредностей, воздействие которых отмечалось во взрослом возрасте, были проанализированы различные показатели, при этом акцент был сделан на употребление психоактивных веществ как самый частый фактор, а также наличие наиболее распространенной соматической патологии (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет и некоторые другие). Диагноз, связанный с систематическим или, реже, эпизодическим употреблением ПАВ ставился обследованным по данным экспертных заключений в 53,9% случаев (56 набл.). В то же время при анализе данных исследовательской части экспертных заключений в ходе данной работы, систематическое употребление алкоголя наблюдалось в 51,9% (54 набл.), эпизодическое – в 37,5% (39 набл.) - то есть, лишь в 10,6% (11 набл.) обследованные практически его не принимали (Рисунок 2).

Рисунок 2. Распределение обследованных по частоте употребления алкоголя

Анализ вида других употребляемых ПАВ показал, что систематическое употребление каннабиноидов отмечалось в 8,7% (9 набл.), эпизодическое – 19,2% (20 набл.), опиоидов в 6,7% (7 набл.) и столько же обследованных употребляло опиоиды эпизодически, стимуляторы употребляли систематически 6 (5,8%) обследованных, эпизодически – 12 (11,5%) (Рисунок 3). Сочетанное употребление нескольких ПАВ (алкоголя и наркотических средств) регистрировалось у 31 обследованного (29,8%), тогда как сочетанное употребление нескольких наркотических средств выявлено только у 5 обследованных (4,8%).

Рисунок 3. Распределение обследованных по частоте употребления наркотиков

Приведенные данные позволяют подтвердить вывод о значимости для развития психоза той или иной «постоянной» почвы, которая характеризуется у более молодых лиц поражением ЦНС вследствие патологии раннего развития и собственно токсического влияния ПАВ, а у лиц более старшего возраста –

вследствие других экзогенных вредностей (соматических заболеваний, перенесенных черепно-мозговых травм). Это согласуется с проведенными ранее исследованиями, например, А.А. Корнилов, Н.В. Ухтина, А.М. Селедцов (2010) при развитии алкогольных психозов у лиц молодого возраста отмечали ведущую роль резидуальной органической обусловленности. В исследовании Е.О. Старинской (2005) показана высокая отягощенность инфекционно-токсическими поражениями у лиц с психотическими формами алкоголизма, а Н.Л. Скворцов (2021) отмечает среди факторов «почвы» для развития алкогольных психозов помимо низкого интеллектуального уровня и раннего начала алкоголизации - сочетанное употребление нескольких ПАВ и высокую роль соматических заболеваний.

Как видно на Рисунке 4, у 43 (41,3%) обследованных имелись различные соматические заболевания и их сочетания. В 36,5% (38 набл.) у обследованных регистрировалась артериальная гипертензия, в 15,4% (16 набл.) – явления атеросклероза, у 14,4% (15 набл.) ишемическая болезнь сердца, у троих из них был в анамнезе перенесенный инфаркт, у 6,7% (7 набл.) в анамнезе было перенесенное инфекционное заболевание головного мозга (преимущественно менингит), у 5,8% (6 набл.) выявлен сахарный диабет.

Рисунок 4. Наличие соматической патологии в выборке



Помимо вышеуказанных соматических заболеваний, у 12 обследованных (11,5%) регистрировались другие тяжелые заболевания и состояния: острое нарушение мозгового кровообращения (в том числе кровоизлияние в головной мозг), опухоль мозга, геморрагический васкулит, а также отравление парами

красителей и эпилептический статус, сопровождавшиеся отеком головного мозга и комой, тяжелые ЧМТ с грубыми неврологическими нарушениями.

В результате вышеуказанных экзогенных воздействий у половины подэкспертных при обследовании в Центре было диагностировано органическое психическое расстройство - диагноз устанавливался в 51,9% (54 набл.), при этом из них в преобладающем большинстве диагнозы соответствовали рубрике «органическое расстройство личности» - 41 наблюдение (75,9%), реже встречались «органическое эмоционально-лабильное» - 8 наблюдений (14,8%) и «шизофреноподобное» - 5 (9,3%) расстройства.

Анализ показал, что с увеличением возраста обследованных возрастал и удельный вес лиц с диагностированным ОПР ($\chi^2=9,68$, $p=0,019$), при этом выраженность расстройств, составляющих «постоянную почву», позволяла предположить ее существенную роль в развитии психотического состояния.

Диспансерное наблюдение как в наркологическом, так и в психоневрологическом диспансерах осуществлялось за обследованными в 26,9% случаев (28 набл.). Из 28 обследованных более половины (18 набл., 64,3%) наблюдались в НД вследствие систематического злоупотребления алкоголем и, реже, систематического злоупотребления несколькими ПАВ или опиоидами/каннабиноидами. В ПНД наблюдались обследованные в 10 случаях, из них половина в связи с психопатоподобными нарушениями (на тот момент расцененными как «расстройство личности»). Специализированная помощь психиатрического профиля (стационарная или амбулаторная) была оказана 17 (16,3%) обследованным, наркологического - 24 (23,1%).

Ранее (до настоящего привлечения к уголовной ответственности) психотические состояния, так или иначе связанные с употреблением ПАВ, переносили 34 (32,7%) обследованных.

К уголовной ответственности ранее привлекались 44 (42,3%) обследованных. Неоднократно судимы были 16 (15,4%) обследованных, однократно - 28 (26,9%).

Большая часть привлечений была связана с имущественными правонарушениями – 18 набл. (40,9%), в 13,6% (6 набл.) – противоправные деяния были связаны с физической или вербальной агрессией (111, 115, 119, 318 УК РФ),

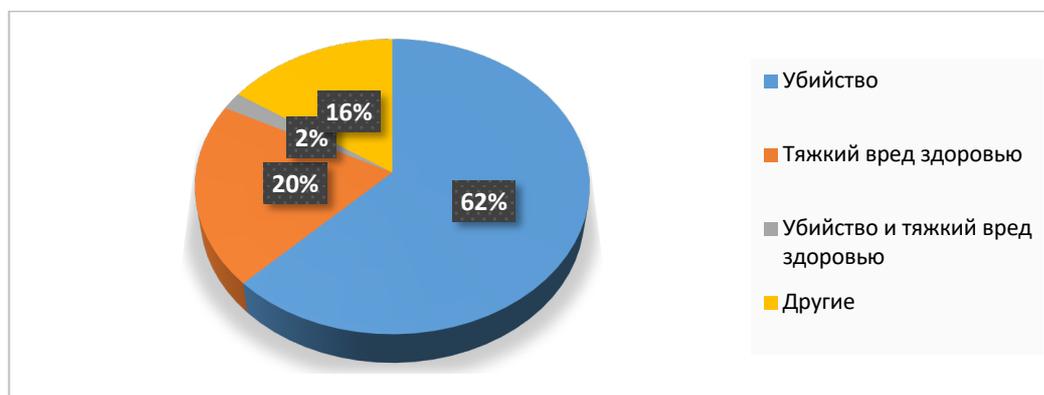
трое (6,8%) привлекались по другим статьям; 38,6% (17 набл.) обследованных привлекались по нескольким статьям обвинения.

Ранее в связи с привлечением к уголовной ответственности СПЭ проводились 7 обследованным (6,7%). Однократная судебно-психиатрическая экспертиза проводилась лишь одному подэкспертному (0,9%), неоднократно СПЭ проходили 6 подэкспертных (5,8%), при этом ни в одном случае не было дано заключение о «невменяемости», «ограничено вменяемым» был признан один подэкспертный, остальные в полной мере могли осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими.

Из всех привлеченных к уголовной ответственности ранее отбывали наказание в местах лишения свободы 56,8% подэкспертных (25 набл.).

Агрессивные противоправные деяния против личности преобладали в структуре актуального привлечения к уголовной ответственности у обследованных. В 62,5% (65 набл.) убийство фигурировало как единственная или одна из инкриминируемых статей, реже - в 20,1% (21 набл.) подэкспертные привлекались к уголовной ответственности за причинение тяжких телесных повреждений. В двух случаях (1,9%) инкриминировались как убийство, так и причинение тяжких телесных повреждений одновременно. В оставшихся 16 (15,3%) наблюдениях обследованные обвинялись по другим статьям УК РФ (ст. ст. 108, 222, 132, 214, 228, 119, 139, 206, 167, 264, 135, 134 УК РФ), в том числе в сочетании с вышеуказанными (Рисунок 5).

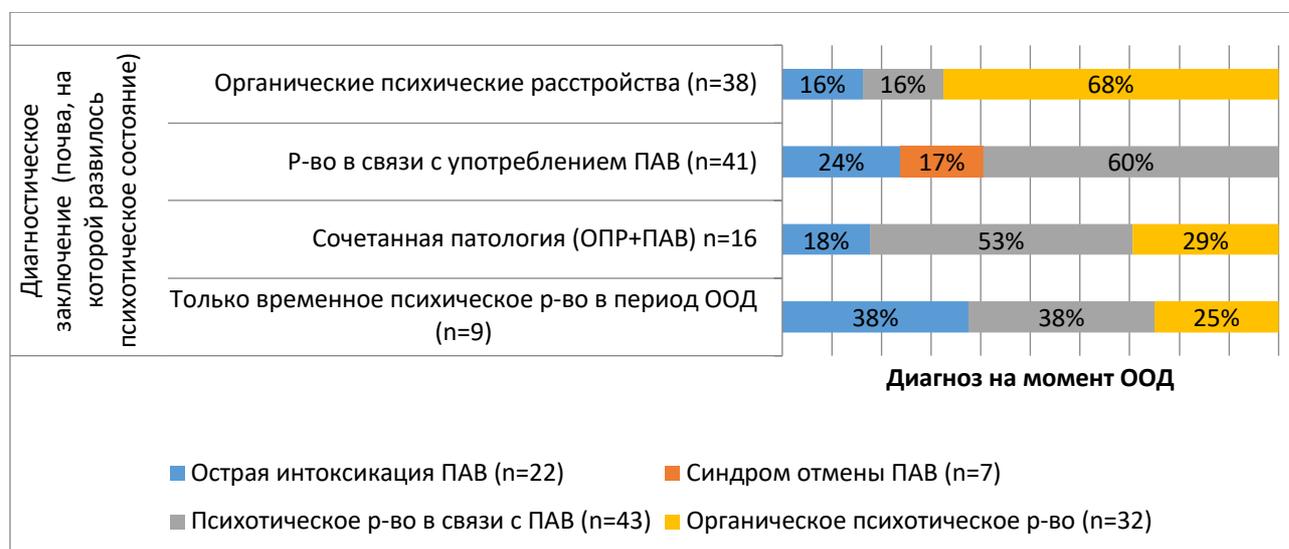
Рисунок 5. Характер настоящего противоправного деяния



Первичной настоящей СПЭ являлась в 80 наблюдениях (76,9%), повторной в 23 (22,1%), в 1 случае (0,9%) – дополнительной. В 9,6% (10 набл.) обследованным ранее экспертиза по настоящему уголовному делу не проводилась; амбулаторная СПЭ, не решившая экспертные вопросы, проводилась 61 (76,3%) обследованному, стационарная СПЭ также без решения диагностических и экспертных вопросов - 3 (3,8%). Большая часть проведенных экспертиз носили характер комплексных (75 набл., 72,1%).

Как видно на Рисунке 6, при настоящей СПЭ 38 (36,5%) обследованным был поставлен диагноз из раздела «органические психические расстройства», 41 (39,4%) обследованным - из раздела «психические и поведенческие расстройства в связи с употреблением ПАВ», 16 (15,4%) обследованным ставился двойной диагноз (ОПР и расстройство вследствие употребления ПАВ). В 9 (8,7%) наблюдений диагностировалось только временное психическое расстройство в период ООД. Анализ диагностических заключений в отношении психоза на момент ООД показал, что в 22 наблюдениях (21,2%) психотическое расстройство развилось в структуре острой интоксикации ПАВ, в 7 наблюдениях (6,7%) – в структуре синдрома отмены ПАВ, в 43 (41,3%) ставился диагноз «психотическое расстройство в связи с употреблением ПАВ», в 32 (30,8%) наблюдениях – «органическое психотическое расстройство».

Рисунок 6. Диагнозы, установленные на настоящей экспертизе



С учетом критериев включения в исследование все подэкспертные были признаны невменяемыми. Данные о прочих юридически значимых способностях будут приведены в соответствующих главах.

2.2 Группы обследованных

Проведенное исследование показало, что группа экзогенно-органических психотических расстройств достаточно полиморфна и по продолжительности расстройств, и по их клинической картине, однако общим для возникновения данных состояний является обусловленность преимущественно тем или иным экзогенным фактором (постоянной почвы, временной почвы или триггером).

Большинство из исследованных психотических состояний возникали на фоне органического психического расстройства (n=54, 51,9%), представленного органическими расстройствами личности (n=41, 39,4%), органическими эмоционально-лабильными расстройствами (n=8, 7,7%), органическими шизофреноподобными расстройствами (n=5, 4,8%) или на фоне доклинических последствий перенесенных экзогенных вредностей (n=22, 21,2%), не составляющих картину органического психического расстройства, соответствующего критериям МКБ-10 (чаще нерезко выраженные церебрастенические расстройства).

Факторы временной почвы удавалось выявить более чем у половины обследованных (54 набл., 51,9%). В качестве астенизирующих факторов временной почвы у обследованных наблюдались нарушения сна (34,6%), психическое перенапряжение (22,1%), физическое переутомление (19,2%). Один астенизирующий фактор имел место у 31 обследованного (28,8%), несколько - у 23 обследованных (22,1%). Триггером для возникновения психотического расстройства чаще всего было употребление алкоголя (58,6%).

Проведенный анализ с учетом наличия/отсутствия и клинико-динамических характеристик фоновой органической патологии, наличия астенизирующих факторов временной почвы и дополнительного экзогенного фактора (триггера), непосредственно предшествующего развитию психоза, позволил дифференцировать три группы психотических расстройств, относящихся к

моменту ООД, в зависимости от преимущественной роли того или иного фактора в возникновении психоза:

1. «Органические» психозы у лиц с клинически значимым ОПР и минимальной ролью дополнительных экзогенных факторов (триггеров), непосредственно предшествующих развитию психотического состояния (16 набл., 15,4%);

2. «Связанные с употреблением ПАВ» психозы, куда были отнесены все наблюдения с преобладающей ролью интоксикации ПАВ (острой или хронической) в генезе психотического состояния (51 набл., 49%);

3. «Смешанные» психозы, возникающие при паритетном влиянии постоянной органической почвы, астенизирующих факторов временной почвы и триггера в виде употребления ПАВ (37 набл., 35,6%).

Проведенный клинико-статистический анализ анамнестических данных обследованных выявил ряд параметров, подтверждающих гипотезу о различии выделенных групп (Таблица 1). Как видно из Таблицы 1, у лиц из группы со смешанными психозами реже остальных отмечалась наследственная отягощенность ($p=0,03$). Перинатальная патология у обследованных наблюдалась только в 5 случаях (4,8%), различий в группах по этому признаку обнаружено не было ($p=0,29$). Не выявлялось статистически значимых отличий и при анализе психических расстройств, имевшихся в детском и подростковом возрасте ($p=0,13$). При этом не обращались за психиатрической помощью в подростковом возрасте только лица из группы смешанных психозов ($p=0,01$).

Не имелось статистически значимых отличий в группах: по уровню образования обследованных ($p=0,123$), профессиональной занятости ($p=0,408$) и брачных отношений ($p=0,551$).

Значимые различия были выявлены при сравнении данных о прохождении военной службы. Обследованные из группы психозов, связанных с употреблением ПАВ, проходили службу в армии значительно реже ($p=0,025$). Также обращает на себя внимание, хотя и не является статистически значимым, что в группе органических психозов более чем треть обследованных (6 набл., 37,5%) не служила в армии из-за наличия соматического заболевания или психического расстройства.

Таблица 1. Статистические значимые различия в группах по данным анамнеза

Сравниваемые параметры	Группы Смешанные (n=37)	Связанные с употреблением ПАВ (n=51)	Органические (n=16)	Уровень значимости различий
Отягощенная наследственность	7 (18,9%)*	21 (41,2%)	6 (37,5%)	p=0,03
Выраженные поведенческие расстройства в подростковом возрасте	0 (0%)*	8 (15,7%)	3 (18,7%)	p=0,01
Служба в армии	24 (64,9%)	19 (37,3%)*	10 (62,5%)	p=0,025
Отсутствие ЧМТ в анамнезе	10 (27%)	17 (33,3%)	1 (6,3%)*	p=0,01
ЧМТ с клинически значимыми последствиями	24 (64,9%)	20 (39,2%)*	10 (62,4%)	p=0,035
Неоднократные ЧМТ	14 (51,9%)*	7 (20,6%)	3 (20%)	p=0,02
Соматические заболевания: - гипертензия - сахарный диабет - ИБС	22 (59,5%) 4 (10,8%) 9(24,3%)	7(13,7%) 0 (0%) 1(1,96%)	9(56,2%) 2(12,5%) 2 (12,5%)	p<0,001 p=0,019 p=0,0003
Систематическое употребление алкоголя	19 (51,4%)	32 (62,7%)*	3 (18,8%)*	p=0,008
Употребление каннабиноидов	3 (8,1%)	25 (49%)*	2 (12,6%)*	p<0,001
Употребление стимуляторов	1 (2,7%)	16 (31,4%)*	1 (6,3%)	p=0,001
Употребление опиоидов	2 (5,4%)	12 (23,6%)*	0 (0%)	p=0,01
Психотические расстройства на фоне употребления ПАВ в анамнезе	6 (16,2%)	26 (51%)*	2 (12,5%)	p=0,004
Привлечения к уголовной ответственности	12 (32,4%)	28 (54,9%)*	4 (25%)	p= 0,04

* – статистически значимые различия

Анализ кратности ЧМТ и выраженности последствий перенесенных травм головы показал, что в группе органических психозов был наиболее высокий процент лиц с ЧМТ в анамнезе (15 набл., 93,7%, p=0,01). У лиц из группы психозов, связанных с употреблением ПАВ, реже всего отмечались травмы с теми или иными клинически значимыми последствиями (20 набл., 39,2%; p=0,035). Неоднократные травмы чаще переносили обследованные из группы смешанных психозов (14 набл., 51,9%, p=0,02) (Таблица 1).

Соматические заболевания также значительно реже встречались у обследованных из группы психозов, связанных с употреблением ПАВ (гипертензия - p<0,001, сахарный диабет - p=0,019, ишемическая болезнь сердца - p=0,0003).

Анализ употребления различных видов ПАВ показал, что обследованные из группы психозов, связанных с употреблением ПАВ чаще, чем лица из других групп систематически употребляли алкоголь (p=0,008), чаще употребляли каннабиноиды (p<0,001), стимуляторы (p=0,001) и опиоиды (p=0,01).

Психотические состояния на фоне употребления ПАВ по данным анамнеза также чаще переносили лица из группы психозов, связанных с употреблением ПАВ (26 набл., 51%, $p=0,004$).

Сравнение групп по частоте наблюдения в ПНД и НД показало, что различие по этим показателям не достигало статистической значимости, но на уровне тенденции обращало на себя внимание, что лица из группы психозов, связанных с употреблением ПАВ, чаще остальных наблюдались в ПНД (7 набл, 13,7%) и НД (12 набл., 23,5%), а в группе органических психозов ни один обследованный в НД не наблюдался.

К уголовной ответственности ранее чаще привлекались лица из группы психозов, связанных с употреблением ПАВ (28 набл., 26,9%; $p=0,04$). При этом значимых различий в характере совершенных правонарушений ($p=0,198$) и кратности привлечений к уголовной ответственности ($p=0,557$) выявлено не было.

Как видно из Таблицы 2, сравнение групп по наличию и нозологической принадлежности «фонового» психического расстройства, определяющего характеристики *постоянной почвы*, показало, что у обследованных из группы психозов, связанных с употреблением ПАВ, это был «синдром зависимости от ПАВ», а в группе органических психозов - органические психические расстройства ($p<0,001$).

Таблица 2. Наличие у обследованных психического расстройства (по результатам диагностики на настоящей СПЭ)

Группы Установленные диагнозы	Смешанные (n=37)	Связанные с употреблением ПАВ (n=51)	Органические (n=16)
ОПР	20 (54,1%)*	3 (5,9%)	15 (93,8%)*
Синдром зависимости	5 (13,5%)	37 (72,5%)*	0 (0,0%)
Сочетанная патология (р-во употребления ПАВ и ОПР)	8 (21,6%)	8 (15,7%)	0 (0,0%)
Без диагноза психического расстройства	4 (10,8%)	3 (5,9%)	1 (6,3%)

* – статистически значимые различия

Анализ выявленных факторов *временной почвы* также продемонстрировал различия в выделенных группах (Таблица 3).

Таблица 3. Астенизирующие факторы, предшествовавшие психозу

Группы Временная почва	Смешанные (n=37)	Связанные с употреблением ПАВ (n=51)	Органические (n=16)	Уровень значимости различий
Несколько факторов	7 (18,9%)	6 (11,8%)	10 (62,5%)*	p=0,002
Один фактор	13 (35,1%)	17 (33,3%)	1 (6,3%)	
Депривация сна	9 (24,3%)	18 (35,3%)	9 (56,3%)*	p=0,08
Психическое перенапряжение	6 (16,2%)	7 (13,7%)	10 (62,5%)*	p=0,0004
Физическое переутомление	14 (37,8%)*	4 (7,8%)	2 (12,5%)	p= 0,002

* – статистически значимые различия

Как видно из Таблицы 3, у лиц из группы органических психозов значимо чаще выявлялось несколько факторов временной почвы (p=0,002). Временные астенизирующие факторы в виде недостатка сна чаще на уровне тенденции были выражены у лиц из группы органических психозов (p=0,08). Психическое перенапряжение (психогенный фактор) у обследованных из группы органических психозов регистрировался значимо чаще (p=0,0004). Физическое переутомление встречалось значимо чаще у лиц из группы смешанных психозов (p=0,002).

У 89 (85,6%) обследованных непосредственно развитию психотического состояния предшествовало употребление ПАВ: алкоголя (61 набл., 58,7%), наркотиков (21 набл., 20,2%), сочетанного употребления ПАВ (7 набл., 6,7%). Только 15 (14,4%) обследованных не находились в период ООД в состоянии опьянения. Статистически значимых различий в группах по этому показателю не было.

При сравнении групп по характеру ведущего синдрома психотического состояния, отмечавшегося на момент инкриминируемого деяния, было выявлено следующее. При сравнении групп по клинической картине психотического состояния, отмечавшегося на момент ООД (Таблица 4), было установлено, что в группе смешанных психозов во всех случаях ведущим был синдром сумеречного помрачения сознания, значимость данного утверждения подтверждает подсчет с

использованием точного теста Фишера ($p < 0,001$). Делириозное помрачение сознания значительно чаще выявлялось у обследованных из группы психозов, связанных с употреблением ПАВ (19 набл., 37,3%). В группах связанных с употреблением ПАВ и органических психозов также наблюдались онейроидное помрачение сознания (5 набл., 9,8% и 2 набл., 12,5% соответственно) и психотические расстройства без помрачения сознания (с галлюцинаторными, бредовыми, шизофреноподобными), а также полиморфной симптоматикой – 27 наблюдений (52,9%) в группе психозов, связанных с ПАВ, и 10 (62,5%) в группе органических психозов.

Таблица 4. Ведущий психопатологический синдром на момент ООД*

Клинический синдром		Группы	Смешанные (n=37)	Связанные с употреблением ПАВ (n=51)	Органические (n=16)
С помрачением сознания	Сумеречным		37 (100%)* $p < 0,001$	0 (0,0%)	3 (18,7%)
	Делириозным		0 (0,0%)	19 (37,3%)	1 (6,3%)
	Онейроидным		0 (0,0%)	5 (9,8%)	2 (12,5%)
Полиморфная симптоматика (с элементами помрачения сознания \ кратковременным помрачением сознания на высоте)			0 (0,0%)	5 (9,8%)	4 (25%)
Без помрачения сознания	Галлюцинаторное, бредовое, галлюцинаторно-бредовое		0 (0,0%) 0 (0,0%) 0 (0,0%)	5 (9,8%) 7 (13,7%) 4 (7,9%)	0 (0,0%) 5 (31,2%) 1 (6,3%)
	Шизофреноподобное расстройство (за исключением онейроидных психозов)		0 (0,0%)	6 (11,7%)	0 (0,0%)
Всего			37 (100%)	51 (100%)	16 (100%)

* – статистически значимые различия

Сравнение по длительности психотического состояния (Таблица 5) показало, что для группы смешанных психозов были характерны наиболее кратковременные состояния от нескольких минут (33 набл., 89,2%, $p < 0,0001$) до нескольких часов (4 набл., 10,8%). В группе психозов, связанных с употреблением ПАВ, преобладали психозы длительностью от нескольких часов до несколько дней (35 набл., 68,6%, $p < 0,0001$). В группе органических психозов значимых различий по длительности психотического состояния выявлено не было. Одинаково часто встречались кратковременные психозы длительностью в несколько минут (6 набл., 37,5%) и

затяжные, наблюдавшиеся дольше месяца (6 набл., 37,5%). В четверти случаев (4 набл., 25%) длительность органического психоза составляла от нескольких часов до нескольких дней.

Таблица 5. Длительность психоза, относящегося к моменту ООД

Длительность психоза \ Группы	Смешанные (n=37)	Связанные с употреблением ПАВ (n=51)	Органические (n=16)
Минуты	33 (89,2%)*	7 (13,7%)	6 (37,5%)
Несколько часов/ несколько дней	4 (10,8%)	35 (68,6%)*	4 (25%)
Дольше месяца	0 (0%)	9 (17,6%)	6 (37,5%)

* – статистически значимые различия

Таким образом, полученные результаты позволяют сделать вывод, что для лиц, совершивших ООД в состоянии экзогенного психоза, характерны: молодой (42,3%) и средний (29,8%) возраст, среднее специальное (52,9%) или среднее (26,9%) образование, нарушенная трудовая (47,1%) и семейная (60,6%) адаптация, привлечения ранее к уголовной ответственности (42,3%), тяжелое агрессивное противоправное деяние на момент настоящего ООД (84%). В течение жизни эти лица переносили разнообразные экзогенные вредности, среди которых наиболее часто встречались травмы головы, употребление ПАВ и хронические соматические заболевания. В результате этого у большинства из обследованных (95 набл., 91,3%) сформировалось ОПР, синдром зависимости от ПАВ или обе этих нозологии. Клинико-статистический анализ показал, что в выборке экзогенно-органических психотических состояний, относящихся к периоду ООД, можно дифференцировать три группы: органические психозы, связанные с употреблением ПАВ и смешанные психозы. Указанные группы различались по наличию и выраженности фоновой патологии (ОПР и/или зависимость от ПАВ), клинической картине и длительности психотического расстройства в период ООД. С учетом значимости этих параметров при оценке юридически значимых способностей обвиняемых можно сделать вывод, что выделенные группы предполагают различные принципы и критерии экспертной оценки.

Глава 3

КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ОТНОСЯЩИХСЯ К ПЕРИОДУ ООД

Методология судебно-психиатрической экспертной оценки определяется, как известно, поэтапным решением двух основных задач (Шостакович Б.В., 2004). Первая из них состоит в установлении базисных клинических параметров оцениваемого психического расстройства, вторая – в обосновании окончательных экспертных выводов с учетом верифицированных на первом этапе общеклинических данных. Последовательная клиническая оценка психического расстройства при проведении судебно-психиатрической экспертизы осуществляется от частной категории «симптом» к общей категории «нозологизация» через промежуточную категорию «синдром», который при этом оценивается с точки зрения его патогномоничности для предполагаемой нозологии. На следующем этапе объектом экспертной оценки вновь становится «синдром», но уже как расстройство, определяющее способность субъекта к произвольной регуляции своего поведения при совершении инкриминируемого деяния (Вандыш-Бубко В.В., 2021).

С учетом ужесточения требований к доказательности и обоснованности экспертных заключений, что предполагает, в том числе, и диагностику психического расстройства в соответствии с общепризнанными международными стандартами, то клинко-психопатологический анализ имевшегося в период инкриминируемого деяния психотического расстройства проводился с сопоставлением выделенных вариантов с диагностическими рубриками МКБ-10.

3.1 Группа психозов, связанных с употреблением ПАВ

В группе психозов, связанных с употреблением ПАВ, были выделены психозы, вызванные с приемом алкоголя (25 случаев, 49%), а также отдельно выделены психозы, развившиеся в связи с приемом наркотиков (в эту же группу были включены и психозы на фоне сочетанного приема алкоголя и других ПАВ) - 26 случаев (51%). Подобное разделение объяснялось тем, что при сочетанном

употреблении наркотиков и алкоголя клиническая картина и поведение подэкспертных в большей степени определялись именно наркотическим опьянением.

3.1.1 Клинико-психопатологические варианты психозов, связанных с употреблением алкоголя

Употреблением алкоголя были спровоцированы 25 психозов (49%), в структуре синдрома отмены алкоголя - 12 из них (48%), а 13 случаев - собственно в результате острой интоксикации (52%). В четырех случаях психотическое состояние развилось на фоне отмены алкоголя, но имелись указания на употребление в день развития психоза небольших доз алкоголя (2 случая, отнесены к психозам на фоне отмены алкоголя) и в 2-х случаях - употреблению больших доз алкоголя, превышающих привычную (отнесены к психозам на фоне интоксикации).

Психотические состояния в острой алкогольной интоксикации были с клинически определяемым помрачением сознания и без него.

Психозы с помрачением сознания (8 набл., 32%) развивались при приеме обследованными средних или массивных объемов спиртного. Это были кратковременные психотические состояния (нескольких минут/нескольких дней). Данные психозы сопровождалась наличием обильных включений психопродуктивной симптоматики. Ориентировка могла отличаться, например, когда глубина помрачения сознания была выражена не сильно, то подэкспертные могли частично ориентироваться в месте (сохранна конкретно-предметная ориентировка), из психопродукции отмечались иллюзорные расстройства, психосенсорные нарушения, восприятие было бредовым, но структурированная фабула не формировалась, преобладал тревожный или напряженный аффект, либо аффект страха, реже отмечалась растерянность. Обследованные не идентифицировали знакомых, ощущения были фиксированы на приближающейся «угрозе», что вследствие и приводило к совершению агрессивных действий. Нередко после совершения ООД подэкспертные описывали положительные

чувства, что по их высказываниям можно было объяснить «кульминацией победы над злом».

В других случаях в клинической картине психотических расстройств глубина помрачения сознания была выраженной, что проявлялось в тотально нарушенной ориентировке в месте и времени, в клинической картине обнаруживались истинные галлюцинации различной структуры, в том числе даже тактильные галлюцинации истинной природы и вербальные псевдогаллюцинации (по одному случаю). Бредовое восприятие окружающей действительности было обусловлено формированием прослеживаемых структурированных фабул, чаще всего – бредовые идеи персекуторного характера (преследования, отношения, колдовства, инсценировки, интерметаморфозы), при этом иногда имеющими эндоформный характер идеями воздействия, эротического или религиозного содержания, а в отдельных случаях онейроидоподобной трансформацией окружающего («вокруг лето, как будто находился в раю, видел речку, мужчин и женщин, которые купались в ней, ныряли и доставали из реки драгоценные камни», «видел ад, слышал крики и голоса из-под земли»). Аффект мог доминировать разный – как состояние страха, аффективной напряженности, так и положительный аффект вплоть до состояния «экстаза»; нередко выражено было психомоторное возбуждение, в одном случае регистрировалось аутоагрессивное поведение. Преобладали парциальные нарушения памяти при воспроизведении периода ООД и содержания психоза, в одном случае отмечалось тотальное запятование. Инкриминируемые деяния совершались по психопродуктивным механизмам - дезорганизация (50%) или бредовая защита (50%).

Описанные выше психотические состояния с учетом всех клинических и иных факторов могут соответствовать следующим рубрикам МКБ-10: F10.03 - «острая алкогольная интоксикация с делирием» или F10.53 - «преимущественно полиморфное психотическое расстройство, связанное с употреблением алкоголя». Фоновыми психическими расстройствами были синдром зависимости, пагубное употребление ПАВ или, реже, расстройство личности, связанное с употреблением

ПАВ, которые могли сочетаться с органическим психическим расстройством, реже фоновым расстройством выступало изолировано ОНР.

Психозы без помрачения сознания. Галлюцинаторным или, реже, бредовым синдромом представлены психотические состояния на фоне отрой алкогольной интоксикации. Психозы с ведущим *галлюцинаторным синдромом* (3 набл., 12%) были непродолжительными, не превышали суток. Ведущим аффектом был страх, злость и гнев, из психопродуктивной симптоматики выявлялись иллюзии, истинные зрительные галлюцинации (2 случая): «увидел Бабу-Ягу», «мужик в полосатой пижаме бежал с ножом», а также вербальными с элементами псевдогаллюциноза (1 случай): «стал слышать в голове голос матери», который «ругался, что потерпевший говорит про нее плохие вещи». В двух случаях галлюцинаторные нарушения приводили к некоторой дезориентации, во всех случаях отмечалось бредовое восприятие без формирования фабул. Механизмами совершения ОНР в этих случаях были бредовая защита и императивный галлюциноз.

Вышеописанные психотические состояния могут быть диагностированы по МКБ-10 как F10.04 - «острая алкогольная интоксикация с нарушениями восприятия», F10.52 – «преимущественно галлюцинаторное психотическое расстройство, вызванное употреблением алкоголя».

При *бредовом синдроме* (2 случая, 8%) ведущим был острый чувственный бред с фабулой преследования, при этом обследованные были охвачены аффектом страха и выраженной тревоги и ОНР совершались по механизму бредовой защиты. Такие психотические состояния на фоне острой алкогольной интоксикации длились несколько часов. В соответствии с МКБ-10 такие состояния могут быть квалифицированы с использованием рубрики F 10.51 - «преимущественно бредовое психотическое расстройство в связи с употреблением алкоголя»

Психотические состояния в структуре синдрома отмены алкоголя. В данной подгруппе было 12 наблюдений (48%), когда психозы развивались спустя несколько дней после прекращения приема алкоголя (на 3-4 день). Ведущим в структуре психозов на фоне отмены алкоголя были *синдромы помрачения сознания*

- делириозный (8 набл.) и онейроидный (1 набл.), а их длительность могла достигать несколько дней. Реже отмечался галлюцинаторно-бредовый (2 набл.) и галлюцинаторный (1 набл.) синдромы.

Большинство психозов относились по своей клинической картине к *типичным делириям* (4 набл, 16%). В клинической картине преобладали выраженное психомоторное возбуждение с глубоким помрачением сознания и тревожным аффектом с ощущением «пронизывающего» страха, нередкими в инициальном этапе были иллюзорные расстройства, дереализация и деперсонализация, доминировали бредовые идеи преследования, отношения, реже отмечались идеи воздействия, инсценировки; из нечасто встречающихся были идеи депрессивной фабулы (2 случая). Характерные истинные галлюцинации были представлены вербальными, зрительными, реже - тактильными (1 случай). Данные психозы кодируются по МКБ-10 как F10.40 – «синдром отмены алкоголя с делирием» («классический» делирий).

Психотические состояния по типу *атипичных делириев* наблюдались с такой же частотой - 4 случая (16%). Их атипичность была обусловлена наличием эндоформной симптоматики - вербальные галлюцинации с элементами псевдогаллюциноза или вербальные псевдогаллюцинации, и крайне редко зрительные псевдогаллюцинации - («голоса», слышимые в голове, лишённые объективных характеристик – «в голове слышались голоса, не мог понять, чьи они, они были как запись»; «видел себя как призрака со стороны»), в двух случаях регистрировались симптомы психических автоматизмов (моторные и идеаторные). В одном случае (4%) психоз протекал по типу онейроидного помрачения сознания, клиническая картина отличалась обильной психопродукцией, эндоформностью симптоматики – преобладал положительный аффект, дереализация, иллюзии на начальных этапах с постепенным присоединением вербальных псевдогаллюцинаций, зрительных истинных и псевдогаллюцинаций, положительного аффекта с соответствующими бредовыми фабулами величия, а также персекуторными. Данные психотические состояния по МКБ-10 кодируются с использованием рубрики F10.48 – «синдром отмены алкоголя с другим

делирием». Ведущим механизмом совершения ООД был дезорганизация (4 набл., 44,5%), реже – бредовая защита (3 набл., 33,3%), по одному случаю бредовой мести и императивного галлюциноза.

Психотические расстройства, не сопровождающиеся помрачением сознания (3 случая, 12%), на фоне отмены алкоголя были представлены *галлюцинаторно-бредовыми* состояниями (по типу параноида) в двух случаях, а в одном – *галлюцинаторным*. В клинической картине на фоне аффекта страха и напряжения в одном случае наблюдались бредовые идеи преследования и отрывочные зрительные галлюцинации, в другом - идеи колдовства, преследования, зрительные и вербальные галлюцинации, в третьем – галлюцинации императивного содержания. Длительность психотических состояний представлена несколькими днями, механизм совершения ООД – императивный галлюциноз, бредовая защита и аффектогенная переоценка своих возможностей.

Фоновым заболеванием в большинстве случаев при психозах, связанных с синдромом отмены алкоголя, был «синдром зависимости» от алкоголя или ПАВ (7 случаев, 58,3%), реже сочетание «ОРЛ» и «синдрома зависимости» (3 случая, 25%), в двух случаях (16,7%) – «расстройство личности и поведения в связи с употреблением» алкоголя или ПАВ.

В случаях, когда в материалах уголовного дела информация для ретроспективной оценки состояния на момент совершения ООД была представлена редуцировано, на экспертизе подэкспертные либо диссимулировали расстройство, либо не могли детально вспомнить информацию или возникали противоречия между материалами дела и психическим статусом, могли возникать затруднительные случаи, когда точная верификация генеза психотического состояния на момент ООД была затруднена – в таких случаях могут быть использованы следующие шифры раздела F10.5 (психотическое расстройство вследствие употребления алкоголя) - F10.50, .51, .52, .53 – шизофреноподобное, преимущественно бредовое, преимущественно галлюцинаторное или преимущественно полиморфное.

Подводя итоги, следует отметить, что психозы, связанные с употреблением алкоголя, могут быть как следствием острой интоксикации, так и синдрома отмены, а их клиническая картина может быть представлена различными вариантами – отличающимся по глубине ведущим синдромом помрачения сознания, ведущими галлюцинаторными или бредовыми, реже - галлюцинаторно-бредовым синдромами, а также нередкими были включения эндоформной симптоматики в структуре атипичных психозов, вплоть до развития делирия-онейроида.

3.1.2 Клинико-психопатологические варианты психозов, связанных с употреблением наркотиков

В данной выборке (26 случаев наркотических психозов) результаты медицинского освидетельствования и химико-токсикологического исследования были представлены только в 15 наблюдениях (57,7%), тогда как во всех остальных случаях по тем или иным причинам результатов освидетельствования не было, что могло быть следствием длительности временного промежутка от совершения ООД до задержания, или отказа от прохождения освидетельствования, либо другими причинами. В ряде случаев отсутствие результатов ХТИ создавало существенные сложности для обоснования диагностического заключения и обеспечения его доказательности в рамках судебно-психиатрической экспертизы. Данную недостающую информацию в таких случаях возможно было восполнить свидетельскими показаниями об употреблении подэкспертным ПАВ, косвенными данными из материалов уголовного дела, либо со слов самого обследуемого.

В проведенном исследовании при выделении и описании психопатологических вариантов психозов вследствие употребления наркотиков ставилась задача не выявить особенности клинической картины психозов в зависимости от принятого вещества, а систематизировать клинические проявления психозов по ведущему психопатологическому синдрому на момент совершения ООД для последующего решения диагностических и экспертных вопросов.

Таким образом, при анализе выборки было установлено, что психотические состояния, развившиеся в результате приема наркотических средств, были вызваны

в подавляющем большинстве случаев каннабиноидами и стимуляторами. В результате анализа заключений было установлено, что самым частым наркотическим средством, употребление которого приводило к развитию психоза, был стимулятор альфа-пвп (9 набл., 34,6%); на втором месте – прием природных каннабиноидов (6 набл., 23,1%); третье место занимают сочетанное употребление природных и синтетических каннабиноидов и сочетанный прием природных каннабиноидов и синтетических катинонов – по 3 случая (по 11,5%); в двух случаях психоз был вызван употреблением синтетических каннабиноидов (7,6%); в результате приема амфетамина и амфетамина в сочетании с природными каннабиноидами развилось по одному случаю психозов (по 3,9%), в одном случае психозу предшествовал прием синтетического катинона и синтетических каннабиноидов (3,9%).

В структуре употребления психоактивных веществ в анамнезе у обследованных преобладали употребление каннабиноидов (преимущественно природных) - как эпизодическое (13 случаев), так и систематическое (11 случаев), стимуляторы эпизодически употребляли 7 обследованных (26,9%), систематически - 9 (34,6%), 7 обследованных систематически употребляли алкоголь (26,9%), опиоиды употребляли эпизодически 5 (19,2%), систематически 3 (11,5%), также указывалось на эпизодический прием ПАВ у пятерых в анамнезе: психодизлептики (галлюциногены, псилоцибиновые грибы, ЛСД).

Зависимость от одного или нескольких ПАВ имела у подавляющего большинства (19 случаев, 73,1%), что подтверждалось не только сведениями, сообщаемыми подэкспертным, но и имеющейся объективной информацией в материалах уголовного дела (медицинские выписки, наличие диспансерного наблюдения, свидетельские показания) и позволяло обосновать диагноз зависимости даже при отрицании ее самим обследуемым. В двух случаях (7,7%) устанавливался диагноз «пагубное употребление», в остальных прием ПАВ накануне развития психоза был либо случайным в рамках разовых проб, либо первым в жизни (5 случаев, 19,2%). Как следует из анамнестических сведений, ранее у 15 обследованных (57,7%) в течение жизни уже отмечались как

редуцированные психотические включения на фоне приема ПАВ, так и развернутые психозы, которые приводили к обращению за психиатрической и наркологической помощью (10 случаев, 38,5%).

Психозы, развивающиеся на фоне употребления наркотического вещества, приводили к совершению правонарушений, направленных против личности, преимущественно тяжких (ст. ст. 105, 111, 318 УК РФ) (17 случаев, 65,4%), реже встречались и другие статьи как в сочетании с вышеуказанными, так и изолированно (ст. ст. 228, 214, 166, 135, 132, 158, 167, 162 УК РФ).

Наркотические психозы практически всегда были следствием острой интоксикации, только один случай развития психотического состояния в структуре синдрома отмены был выявлен и проанализирован отдельно. Клиническая картина наркотических психозов (и психозов на фоне сочетанного приема ПАВ) представлена в большинстве случаев полиморфным синдромом (с элементами помрачения сознания и без таковых), реже наблюдались шизофреноподобные картины, а также преимущественно бредовые состояния, и еще реже (единичный случай) преимущественно галлюцинаторного психоза, которые кодируются соответствующими рубриками МКБ-10.

Психотические расстройства, связанные с употреблением ПАВ, преимущественно полиморфные (F1x.53). В данной группе можно выделить наркотические психозы, клиническая картина которых представлена делирием, а также психозами без помрачения сознания с картиной галлюцинаторно-бредовых состояний или полиморфных.

Психозы с картиной *делириозного помрачения сознания* на фоне приема наркотического вещества развились в 4 наблюдениях (15,4%), употребленное психоактивное вещество представлено во всех случаях стимуляторами (преимущественно катинонами), в одном случае также были обнаружены синтетические каннабиноиды (3 случая подтверждены результатами химико-токсикологического исследования). В этих случаях отмечалась массивная наркотизация на протяжении нескольких дней, или употребление ПАВ в больших дозировках. Психоз развивался остро, в начале преобладал аффект тревоги,

отмечались иллюзии, дереализация, нарастало ощущение «надвигающейся беды», «враждебности», обследованных охватывали страх и паранойя, формировались малоструктурированные бредовые идеи, часто они были представлены персекуторной фабулой (преследование, отношение, инсценировка), возникали зрительные обманы восприятия, в том числе сценopodobного характера (в одном случае с элементами онейроида - «видел себя как со стороны»), слуховые галлюцинации, что сопровождалось искаженным восприятием окружающей действительности с патологической интерпретацией, помрачением сознания на высоте психоза с отрешенностью, дезориентировкой, отсутствием направленного вербального контакта, невосприимчивостью к изменению ситуации и обращенной речи, психомоторным возбуждением с внезапными безмотивными хаотичными агрессивными действиями. Механизмом совершения ООД был преимущественно бредовая защита (3 случая), в одном случае – дезорганизация поведения вследствие помрачения сознания.

В зависимости от продолжительности психоза - один или несколько дней, могут быть использованы рубрики МКБ-10 - F1x.03 «острая интоксикация с делирием» (большинство случаев не превышало нескольких часов-одного дня), и F1x.53 «преимущественно полиморфное психотическое расстройство в связи с употреблением ПАВ» при длительности психоза в течение нескольких дней.

Психозы с ведущей *полиморфной* клинической картиной представлены 5 случаями (19,2%), их развитие было в подавляющем большинстве связано с приемом каннабиноидов (два изолированных, два сочетанных – с синтетическим катиноном и с амфетамином), в одном – только употреблением стимулятора (синтетический катинон). Длительность таких психозов отличается полиморфизмом, как и их клиническая картина – длительность психоза варьирует вплоть до месяца в одном случае, а клиническая картина была представлена сменяющимися друг друга различными симптомами. Аффект отличался - от выраженной тревоги с ощущением «надвигающейся угрозы» и страха с «паникой, волнами ужаса» вплоть до подавленности; состояние сопровождалось малоструктурированными полиморфными бредовыми идеями отношения,

преследования, интерметаморфозы, колдовства, манихейского содержания, инсценировки, величия, воздействия, религиозной тематики, и даже идеями депрессивной фабулы, возникали галлюцинации как истинные, так и с элементами псевдогаллюциноза, иллюзии, сенестопатии, в одном случае – элементы психических автоматизмов, мышление отличалось нецеленаправленностью, паралогичностью, нелепостью, противоречивостью суждений, окружающая действительность воспринималась искаженно вследствие выраженного охватывающего сознания аффекта (от благодушия до гнева), бредовых идей и обманов восприятия, что сопровождалось в различной степени выраженности возбуждением, нарушением продуктивного контакта, и приводило к совершению агрессивных ООД. Механизмы совершения ООД представлены бредовой защитой (2 набл.), реализацией бредовых проектов (2 набл.) и императивным галлюцинозом (1 набл.).

Психотические состояния с ведущей *галлюцинаторно-бредовой* картиной отмечались в двух случаях (7,7%), оба были следствием приема каннабиноидов – в одном случае природных, в другом – синтетических, при этом психоз на фоне приема синтетических каннабиноидов не разрешился ко времени проведения судебно-психиатрической экспертизы. Клиническая картина психоза, являющегося следствием приема природных каннабиноидов, включала иллюзорные расстройства, нарушения самосознания, бредовые идеи преследования, а также колдовства, а галлюцинаторные нарушения представлены истинными зрительными и вербальными псевдогаллюцинациями, что сопровождалось искаженной бредовой интерпретацией окружающей действительности и психомоторным возбуждением. Во втором случае, когда психоз был вызван приемом синтетических каннабиноидов с затяжным течением, отмечались слуховые и зрительные обманы восприятия, бредовые идеи преследования, что сопровождалось импульсивными поступками, психомоторным возбуждением и последующим видоизменением психопродуктивной симптоматики. Механизмы совершения ООД - реализация бредовых проектов в первом случае, во втором аффектогенная переоценка своих возможностей.

Психотические расстройства, связанные с употреблением ПАВ, преимущественно шизофреноподобные (F1x.50). В данной группе представлены структурно сложные, преимущественно затяжные психозы, связанные с приемом наркотического средства, которые имеют яркую эндоформную клиническую картину – онейроидоподобное помрачение сознания, аффективно-бредовые психозы и психозы с ведущим синдромом психических автоматизмов.

Психозы, протекающие по типу *онейроидного помрачения сознания*, отмечались в трех случаях (11,5%). Во всех случаях имелось освидетельствование, в моче обнаруживались природные и синтетические каннабиноиды у одного обследованного, у другого – синтетический катинон (альфа-пвп), у третьего – природные каннабиноиды. Один психоз развился на фоне синдрома отмены природных и синтетических каннабиноидов: у подэкспертного нарастали тревога, беспокойство, нарушения сна, казалось, что «над близкими нависала беда», «видел во всем знаки», на 10 день стали формироваться систематизированные бредовые идеи колдовства, появились «голоса в голове», отмечался симптом ложных двойников, иллюзии, ощущение осязаемого присутствия, моторные психические автоматизмы, флюктуация сознания, ощущение двойной ложной ориентировки, «видел себя со стороны, но от первого лица», «находился сразу в двух местах», видел полностью перевоплощенную действительность, «в голове мелькали разные лица», на высоте психоза отмечалось помрачение сознания с совершением безмотивных хаотичных агрессивных действий, в последующем отмечалось затяжное бредовое состояние с идеями манихейского содержания. Механизмом совершения ООД были импульсивные действия.

Два других случая были следствием острой интоксикации: в первом случае после употребления «соли» подэкспертный ощущал страх, «надвигающуюся опасность, незримую беду, неминуемую катастрофу», отмечались бредовые идеи преследования, интерметаморфозы, манихейского содержания, отравления, воздействия, тактильные и зрительные галлюцинации с элементами псевдогаллюциноза, что сопровождалось перевоплощением окружающей действительности с помрачением сознания, отрывочно воспроизводимые

переживания были следующими - «через датчики роботы воздействовали на людей, чей разум поработили инопланетные существа», «дом превратился в поле грандиозной битвы добра и зла», отмечались обильные зрительные галлюцинации, что сопровождалось совершением ООД и последующим разрешением психоза в течение суток. Во втором случае после употребления природных каннабиноидов развился психоз с онейроидным помрачением сознания, структуру которого удалось восстановить лишь по показаниям свидетелей в связи с тотальной амнезией: отмечалось состояние с непродуктивностью контакта и несвязностью речи, отрешенностью от окружающей действительности с совершением агрессивных действий, подэкспертный сообщал о «людях, которых видит, и демонах», «что-то шептал, как будто читал заклинание или молитву», кричал, говорил, что идет «борьба добра со злом», что «находится на стороне добра, а подруга на стороне потусторонних сил», что «в нее вселился демон и его нужно изгнать», отмечались императивные вербальные псевдогаллюцинации, аутоагрессивные действия. Данный психоз длился на протяжении суток. Механизмом совершения ООД в обоих случаях была реализация бредовых проектов.

Психотические состояния с ведущей *аффективно-бредовой* картиной были выявлены в 4 случаях (15,4%), три из них были пролонгированными и не разрешились к моменту проведения СПЭ, один продолжался несколько дней. Психотическое состояние, разрешившееся вскоре после совершения ООД, было следствием употребления амфетамина, сопровождалось острым чувственным бредом отношения, преследования, ущерба, инсценировки, а также воздействия с элементами психических автоматизмов (идеаторный компонент «вкладывания мыслей») с выраженным аффектом страха и психомоторным возбуждением с совершением общественно-опасного деяния по механизму бредовой защиты.

В трех других случаях аффективно-бредовые психозы развились вследствие приема альфа-пвп (2 случая) и смеси природных и синтетических каннабиноидов (Приложение Б), сопровождалась появлением на фоне напряженного аффекта стойких систематизированных бредовых идей отравления, интерметаморфозы,

воздействия с элементами психических автоматизмов, вербальных псевдогаллюцинаторных нарушений, а также идей эротического содержания. Механизмом совершения ООД были бредовая защита, реализация бредовых проектов.

Психозы с клинической картиной, определяющейся синдромом *психических автоматизмов*, отмечались в двух случаях (7,7%), оба психоза были связаны с приемом каннабиноидов, в одном случае природных и синтетических (Приложение А), в одном – природных в сочетании с альфа-пвп. В клинике доминировали собственно вербальные псевдогаллюцинации, имеющие императивный характер, с включением отрывочных острых чувственных бредовых идей отношения, воздействия, в одном случае – зрительных псевдогаллюцинаций, а длительность психоза в одном случае исчислялась днями, в другом – неделями. Механизм совершения ООД соответствовал ведущему синдрому – императивный галлюциноз.

Психотические расстройства, связанные с употреблением ПАВ, преимущественно бредовые (F1x.51). В данной группе психозы представлены ведущим *бредовым* синдромом (5 случаев, 19,2%), при этом они характеризуются преимущественно затяжным течением (4 случая), один же представлен острым параноидом, разрешившимся в течение суток. Клиника острого бредового психоза на фоне употребления «соли» и каннабиноидов была представлена психотическим состоянием с чувственными бредовыми идеями преследования, отношения, выраженным аффектом страха, что сопровождалось искаженной интерпретацией окружающей действительности и совершением ООД. Бредовые психозы затяжного характера длились дольше месяца, три из четырех не разрешились к моменту проведения СПЭ, и вызваны они были употреблением различных наркотических средств – синтетических катинонов, синтетических и природных каннабиноидов. Клиническая картина включала бредовые идеи преимущественно персекуторного характера – преследования, отношения, инсценировки, реже воздействия, идеи эротического содержания, величия, также отмечались отрывочные

галлюцинаторные переживания зрительные или вербальные, а также симптомы психических автоматизмов в рудиментарных проявлениях. Механизмами совершения ООД в двух случаях была реализация бредовых проектов, в двух случаях – бредовая защита, в одном – бредовая месть.

Психотические расстройства, связанные с употреблением ПАВ, преимущественно галлюцинаторные (F1x.52). Данную группу представляет единственный случай, когда психоз с ведущим галлюцинаторным синдромом развился вследствие приема стимулятора (по результатам ХТИ было выявлено наркотическое средство - альфа-пвп). После употребления вышеуказанного вещества в большой дозировке за короткий промежуток времени у подэкспертного отмечалось появление обильных зрительных галлюцинаций с тотальным перевоплощением окружающей действительности («гул вертолетов», «крылья, рога... стала превращаться во что-то сморщенное, в дьявола, в демона»), отмечались отрывочные бредовые переживания с кратковременным помрачением сознания на высоте психоза и совершением агрессивных действий по механизму бредовой защиты.

Таким образом, проведенное исследование показало, что наиболее часто психотические расстройства, приводящие к совершению ООД, вызваны приемом таких наркотических средств, как каннабиноиды (как синтетические, так и природные) и стимуляторы (преимущественно катиноны). Клиническая картина таких психозов наиболее часто имеет полиморфную структуру (42,3%), в которой выделяются делирии, галлюцинаторно-бредовые и собственно полиморфные состояния (преимущественно полиморфные психотические расстройства (F1x.53), «острая интоксикация с делирием» (F1x.03)), несколько реже возникают шизофреноподобные психозы (34,6%) по типу онейроидов, аффективно-бредовых состояний и психических автоматизмов (преимущественно шизофреноподобные (F1x.50)), иногда – бредовые психозы (19,2%) (преимущественно затяжные) (код по МКБ-10 F1x.51)), и крайне редко – преимущественно галлюцинаторные (3,9%) (код по МКБ-10 F1x.52)). Полученные данные наглядно подтверждают результаты ранее проведенных исследований и научных публикаций о высокой

распространенности полиморфных и шизофреноподобных психозов, вызванных приемом ПАВ, и что особенно важно - применительно к судебно-психиатрической выборке как результат одного из самых неблагоприятных исходов таких состояний – общественно-опасного, часто гетероагрессивного поведения. Психопатологическими механизмами совершения ООД чаще выступают механизмы с бредовой мотивацией: бредовая защита (34,6%) и реализация бредовых проектов (30,8%), реже – императивные галлюцинозы и автоматизмы (11,5%), дезорганизация поведения вследствие помрачения сознания и негативно-личностные механизмы встречались по 7,7%, по одному случаю – импульсивные действия и бредовая месть (по 3,8%).

3.2 Группа смешанных психозов

В данной группе психотические состояния во всех случаях были кратковременными и характеризовались картиной сумеречного помрачения сознания (в том числе его разновидностей - патологическое просоночное состояние, патологическое опьянение), включая специфические для судебной психиатрии «исключительные состояния», клинически отличаясь лишь по отсутствию или наличию включений психопродуктивной симптоматики. Для всех таких состояний общими являются внезапное начало, быстротечность, разрушительный характер совершаемых в таких состояниях действий (тяжелые правонарушения), быстрое окончание с терминальным сном или истощением с последующей различной степени выраженности амнезией (Первомайский В.Б., 2006). В генезе данных расстройств паритетную роль играли наличие постоянной патологической (органической) почвы и действие временных астенизирующих факторов в сочетании с приемом различных доз алкоголя.

Выборка смешанных психозов была представлена психотическими состояниями с картиной простого сумеречного помрачения сознания (23 набл., 62,2%), сумеречного помрачения сознания с психопродуктивной симптоматикой (9 набл., 24,3%) и патологического просоночного состояния (5 набл., 13,5%). При соотнесении этих наблюдений с типологией, предложенной М.С. Доброгаевой

(1989), они распределились следующим образом: 9 случаев были проявлением патологического опьянения, 4 – сумеречным расстройством сознания, вызванным алкоголем (сопровождающиеся психопродуктивными нарушениями), 5 – патологическим просоночным состоянием, остальные 19 случаев – сумеречное помрачение сознания, возникшее в результате сочетания различных факторов временной, постоянной почвы и триггеров (сумерки различного генеза).

Все правонарушения, совершенные подэкспертными, которым в последующем был установлен диагноз кратковременного психического расстройства по типу сумеречного помрачения сознания, представлены агрессивными деяниями против личности (тяжкие телесные повреждения и убийства).

При изучении особенностей экзогенно-органических кратковременных психозов, протекающих по типу сумеречного помрачения сознания того или иного вида, анализировались специфика постоянной патологической почвы, разрешающих астенизирующих (ослабляющих) факторов и влияния алкоголя, после чего были выделены и описаны характерные особенности каждого отдельного вида сумеречного помрачения сознания.

Постоянная патологическая почва как один из факторов в генезе кратковременных психозов имела в выборке обследованных различную выраженность: от минимальных субклинических последствий ранее перенесенных экзогенных вредностей; относительно легких проявлений ОПР с церебрастенической симптоматикой, эмоциональной лабильностью, легкими когнитивными расстройствами, до значительной - проявляющейся выраженными психопатоподобными расстройствами и умеренной степени выраженности когнитивными нарушениями, составляя картину органического расстройства личности.

Незначительно выраженная почва в виде последствий перенесенных травм головы отмечалась в четырех случаях (10,8%), когда диагноз фонового психического расстройства не устанавливался. Наиболее часто постоянная почва была выражена значительно (62,2%), этим лицам ставился диагноз ОРЛ или ОРЛ и

расстройство вследствие употребления ПАВ. При умеренной выраженности постоянной почвы (церебрастения, эмоциональная неустойчивость, нерезко выраженные когнитивные нарушения) (27%) психическое расстройство, на фоне которого развился психоз, было представлено органическим эмоционально-лабильным расстройством или синдромом зависимости.

К формированию постоянной органической почвы наиболее часто приводили перенесенные черепно-мозговые травмы и различные заболевания сердечно-сосудистой системы (АГ, ИБС), а также хроническая интоксикация, другие заболевания встречались редко.

Наиболее часто встречающимся фактором *временной почвы* было физическое переутомление – 14 наблюдений (37,8%), реже встречались нарушения сна - 9 наблюдений (24,3%), психическое перенапряжение – 6 наблюдений (16,2%). В единичных случаях встречались ухудшение соматического состояния в виде обострения хронического соматического заболевания или развития острого заболевания, а также иные состояния (отравление, судорожный приступ).

Употребление алкоголя в качестве «разрешающего» фактора для развития психозов данной группы («триггера») отмечалось во всех случаях, при этом дозы принятых алкогольных напитков существенно различались – от малых до высоких. В анализируемой выборке обвиняемых со смешанными психозами прослеживалась связь выраженности постоянной патологической почвы и астенизирующих факторов с принятой дозой алкоголя – чем «выраженнее» постоянная и временная почва, тем меньше требуется разрешающая для психоза дозировка алкоголя, что согласуется с результатами ранее проведенных исследований кратковременных психотических расстройств, приведенных в обзоре литературы.

Патологическое алкогольное опьянение (код по МКБ-10 - F10.07) представлено 9 наблюдениями (24,3%). Согласно данным литературы, патологическое опьянение – это особый вид психотического состояния, которое не является вариантом алкогольного опьянения как такового, а представляет собой ненормальную реакцию на прием спиртного в виде кратковременного психического расстройства. Данный психоз развивается при разрешающем

действии приема спиртного в сколь угодно малых или больших дозах как экзогенная психотическая реакция на суммарное действие факторов (наличие органической почвы, временные ослабляющие факторы и собственно прием алкоголя), входя в группу исключительных состояний.

Психотические состояния в данной группе развивались преимущественно на фоне умеренно выраженной постоянной почвы (44,4%) в виде ОЭЛР, в генезе которого отмечались чаще всего ЧМТ и сердечно-сосудистые заболевания. Токсический фактор в генезе ОПР был достаточно редким в отличие от других вариантов сумеречных состояний, эти подэкспертные редко злоупотребляли алкоголем или другими ПАВ. Среди астенизирующих факторов временной почвы преобладало выраженное физическое переутомление (55,6%) как на фоне стрессовых ситуаций, так и без них. Несколько реже встречались нарушения сна, но в отличие от других подгрупп встречалась и соматическая патология как ослабляющий фактор (обострение хронического заболевания и острое респираторное заболевание) – по 22,2%.

Развитию патологического опьянения предшествовал прием средних доз алкоголя на фоне сочетания вышеуказанных факторов. Возраст подэкспертных с психозами по типу патологического опьянения близок к подэкспертным с психозами в виде патологического просоночного состояния и простого сумеречного помрачения сознания (средний возраст для развития данных состояний в настоящем исследовании - $53 \pm 1,6$).

Клиническая картина данных состояний характеризовалась внезапным помрачением сознания с искаженным восприятием действительности, тревожностью, страхом, злостью, что в отдельных случаях сопровождалось отрывочными бредовыми высказываниями, психомоторным возбуждением с безмотивной агрессией, направленной на окружающих, дезориентацией, бедностью или отсутствием речевого контакта с критическим выходом из психоза и последующей амнезией (практически тотальной). Следует отметить, что терминальная фаза в большинстве случаев данного вида состояний была ярко выражена, что можно было установить по показаниям, например: сотрудники

торгового центра сообщали, что к ним забежал гражданин в крови, лег на пол, не вставал, не хотел уходить. Сам обследованный говорил, что испытывал слабость, «руки и ноги видел, но мышц не чувствовал», «в голове была пустота», «слышал голоса людей, но отвечать им не мог», при задержании от показаний отказался, т.к. «не мог говорить, не мог стоять, не понимал, почему у него руки в крови, пытался понять, что за чем следовало и что могло произойти» (Приложение В). В другом случае по показаниям свидетелей мужчина медленно вышел из подъезда, около 8 минут стоял возле дома и смотрел в одну точку, «не шевелясь вообще». В третьем случае в показаниях свидетелей отмечалось, что на полу коридора подъезда лежал обследованный, он открывал и закрывал глаза, его штаны были мокрыми. Механизмом совершения ООД во всех случаях была дезорганизация поведения вследствие помрачения сознания.

Другие кратковременные психотические состояния в группе смешанных психозов были представлены вариантами сумеречного помрачения сознания: простого, с включениями психопродуктивной симптоматики, а также патологических просоночных состояний с обилием психопродукции. Такие психотические состояния с ведущим синдромом сумеречного помрачения сознания, которые развивались остро, были кратковременны, обусловлены сочетанием факторов постоянной и временной почвы и спровоцированы употреблением алкоголя, в наибольшей степени соответствовали рубрике МКБ-10 – F06.81 (органические психотические расстройства).

Патологическое просоночное состояние (5 случаев, 13,5%) – это кратковременный психоз (от нескольких секунд до нескольких минут), относящийся к исключительным состояниям, и характеризующийся, как установлено ранее проведенными исследованиями, нарушением пробуждения от сна (часто на фоне алкогольного опьянения) у лиц с сочетанием факторов постоянной и временной патологической почвы.

Данный вид сумеречного помрачения сознания развивался у лиц с клинически оформленным органическим психическим расстройством: преимущественно с ОРЛ (80%), реже - с ОЭЛР (20%), в генезе которого значимую

роль имел фактор хронической интоксикации. Факторы временной почвы значимо не отличались от других выборок (физическое переутомление и нарушения сна). Незадолго до развития психоза все обследованные употребляли алкогольные напитки в малом или умеренном количестве, после чего ложились спать или засыпали случайно.

При пробуждении (неполном) у них развивалось острое кратковременное психотическое состояние с выраженным аффектом страха, которое сопровождалось отличающимися данные состояния от других видов сумеречного помрачения сознания обильными психопродуктивными симптомами: зрительными галлюцинациями, иллюзиями, дереализацией, реже - вербальными галлюцинациями («голос сказал, что это Сатана и его нужно убить, увидел волосатое чудище с глазами, как угли»; «в комнату вошел дьявол, чудище с щупальцами»; «ощущал, что ворвались враги во главе с атаманом, мундир золотой на стене висел, сам был прислан для убийства атамана»; «открыл глаза и увидел образ покойной жены, она звала за собой, обстановка незнакомая была, видел у нее нож, подумал, что она хотела его убить и забрать»), бредовыми идеями, ощущением «сновидного, особого состояния» (часто обследованные указывали, что до пробуждения видели яркие, порой устрашающие сны), частично сохранной пространственной ориентацией, что позволяло иногда перемещаться по квартире с целью поиска орудия «защиты», совершением сложных двигательных актов, и характерными для большинства сумеречных состояний агрессивными беспричинными действиями, иногда невероятно жестокими, и терминальным глубоким сном в большинстве случаев. Психопатологическим механизмом совершения ООД в трех случаях была бредовая защита, в двух – дезорганизация поведения вследствие помрачения сознания.

Простое сумеречное помрачение сознания (17 случаев, 45,9%) и *сумеречное помрачение сознания с психопродуктивными включениями* (6 случаев, 16,21%) отличались некоторой спецификой, но в целом были схожи. Постоянная патологическая почва была выражена значительно в обоих вариантах (76,4% при простых сумерках, 66,7% при состояниях с психопродукцией), однако

генез данной почвы при сумеречных состояниях с психопродукцией чаще был обусловлен неоднократными перенесенными ЧМТ и у большей части обследованных хронической интоксикацией, а при простых сумеречных состояниях – при меньшей выраженности токсического фактора чаще встречались хронические соматические заболевания. Психозы по типу сумеречного помрачения сознания с психопродуктивными симптомами развивались у лиц более молодого возраста (средний возраст - $39,5 \pm 1,5$ лет). Временная почва при сумеречных состояниях с психопродукцией была чаще всего представлена физическим переутомлением (50%), реже нарушениями сна на протяжении нескольких дней (33,3%) и переживанием психотравмирующей ситуации (16,7%). Развитию простого сумеречного помрачения сознания чаще, чем при других вариантах смешанных психозов, предшествует психическое перенапряжение и нарушения сна. Из прочих экзогенных вредностей в одном случае накануне у подэкспертного был судорожный приступ, в другом – случайно ингалировал токсичное вещество при выполнении работы. Разрешающим фактором во всех случаях было употребление алкоголя, при сумеречном помрачении с психопродукцией – предшествовал прием алкоголя в средних или больших дозах, при простом сумеречном помрачении - в малых, больших или средних дозах.

Психозы по типу сумеречного помрачения сознания с психопродуктивными включениями развивались остро, протекали на протяжении нескольких минут, сопровождаясь различной выраженностью дезориентировки, психомоторным возбуждением и характерными для данного вида сумеречных состояний включениями бредовых идей преследования, воздействия, зрительными или вербальными галлюцинациями, отсутствием продуктивного контакта с путанностью или бедностью смыслового содержания речи, совершением агрессивных, brutальных, крайне жестоких действий (отрезал грудь убитой, пытался достать сердце), обусловленных бредовыми идеями. Разрешались эти психотические состояния так же внезапно. Механизмом совершения ООД в этих наблюдениях была дезорганизация поведения в результате помрачения сознания, в одном случае прослеживался психопатологический механизм бредовой защиты.

Клиническая картина психозов с простым сумеречным помрачением сознания характеризовалась следующими особенностями: острое, внезапное начало, отсутствие какой-либо психопродуктивной симптоматики, дезориентировка с полным отсутствием контакта, автоматизированными, безмотивными, чаще хаотичными агрессивными действиями с последующим достаточно резким, таким же внезапным, как и начало, выходом из психоза и тотальной амнезией с отчуждением содеянного.

Таким образом, сумеречное помрачение сознания как ведущий синдром в структуре кратковременных психозов (в том числе и исключительных состояний) в судебно-психиатрической практике встречается и в настоящее время достаточно часто. На основании проведенного исследования можно выделить следующие особенности их развития: отсутствие прямой связи с выраженностью постоянной органической почвы – от субклинических последствий травм головы (отсутствие фонового психического расстройства) до выраженной энцефалопатии в связи со смешанными заболеваниями (органическое расстройство личности); временная почва может быть представлена минимально – «состояние усталости», или выражено - до тяжелой разбитости на фоне физических или психоэмоциональных нагрузок, нарушений сна. Триггером для развития таких состояний выступает алкоголь, при этом его дозы могут быть совершенно разными - развитие психоза определяется именно сочетанием с факторами временной и постоянной почвы; клиническая картина во всех случаях характеризуется внезапным началом, различной глубины помрачением сознания с дезориентировкой, совершением агрессивных действий, быстротечностью психоза, таким же внезапным окончанием с терминальной астенией различной выраженности – от легкой усталости до глубокого сна.

3.3 Группа органических психозов

Органические (экзогенно-органические) психозы – это группа полиморфных как по клинической картине, так и по динамике состояний, в развитии которых ведущее значение отведено органическому поражению головного мозга в

отдаленных периодах черепно-мозговых травм, соматических заболеваний и интоксикаций; в настоящем исследовании они представлены 16 наблюдениями (15,4%).

Анализ показал, что в этой группе, за редким исключением, были подэкспертные с длительное время текущими церебрально-органическими заболеваниями (прогредиентными) со специфическими проявлениями клинической динамики – декомпенсациями, обострениями, острыми либо хроническими психозами, с последовательным нарастанием дефицитарных психоорганических расстройств (Вандыш-Бубко В.В., 2021).

В отдельных случаях органическое заболевание начиналось в детском возрасте (тяжелая перинатальная патология, обусловившая наличие органического психического расстройства, или хроническое неврологическое заболевание (в нашей выборке - болезнь Жиля де ля Туретта)). У всех обследованных в данной группе есть хроническая соматическая патология, которая является причиной развития ОПР, из наиболее значимых можно выделить АГ - 43,8%, ХСН - 18,8%, ИБС - 12,5%. По данным анамнеза, 75% из этих подэкспертных переносили тяжелые ЧМТ с потерей сознания вплоть до комы и различными осложнениями. В 25% наблюдений среди данных подэкспертных выявлялось злоупотребление алкоголем. Реже наблюдались и другие заболевания – объемные образования головного мозга, последствия инфекционных заболеваний головного мозга или сосудистых катастроф.

Органические психозы в данных наблюдениях протекали как с помрачением сознания в период совершения ООД, так и без помрачения сознания.

Правонарушения, совершенные в состоянии органического психоза, в подавляющем большинстве были связаны с физическим насилием (убийства и тяжкие телесные повреждения), в одном наблюдении подэкспертный обвинялся в нарушении правил дорожного движения, повлекшем по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью человека.

Органические психозы чаще протекали с ведущим *синдромом помрачения сознания* (10 набл., 62,5%), а в 6 наблюдениях (37,5%) – протекали без помрачения

сознания. Их клинические картины представлены несколькими видами помрачения сознания (сумеречное, делириозное, онейроидное), а также полиморфными и шизофреноподобными картинами.

Психотические расстройства с помрачением сознания в период ООД, клиническая картина которых имела *полиморфный характер*, отмечались в 4 наблюдениях (25%), длились они кратковременно, обычно разрешаясь в течение суток, реже - нескольких дней. Предшествовало развитию психотического состояния длительное отсутствие сна и/или психическое перенапряжение. В клинической картине отмечались сменяющие друг друга симптомы, аффект был неустойчивым, отмечались явления дереализации-деперсонализации, иллюзорные расстройства, persecutory бредовые идеи, имеющие малоструктурированный характер, преимущественно зрительные и вербальные галлюцинации, порой с псевдогаллюцинаторными элементами, что сопровождалось бредовой интерпретацией происходящего, помрачением сознания на высоте психоза или флюктуацией сознания на протяжении всего психотического состояния с совершением агрессивных действий по психопатологическим механизмам дезорганизации поведения вследствие помрачения сознания (3 случая) или бредовой защиты.

Психозы с картиной *сумеречного помрачения сознания* (3 набл., 18,8%) соответствовали привычному описанию с внезапным развитием психоза, полной утратой ориентировки в реальности, ситуации, неспособностью поддержания контакта, выраженным возбуждением с брутальностью действий, приводящих к совершению жестоких и гетероагрессивных действий с последующим критическим выходом из патологического состояния, сохраняющейся частичной дезориентировкой с оглушением («мелькали лица, доносились отголоски разговоров») и амнезией психоза.

В одном случае развитию сумеречного помрачения сознания предшествовало выраженное психическое перенапряжение с затяжным депрессивным состоянием, в одном – сосудистая катастрофа.

Вышеописанные варианты органических психозов, протекающих с

помрачением сознания, могут быть закодированы в соответствии с МКБ-10 рубрикой F06.81x - «органические психотические расстройства».

В 2 наблюдениях (12,5%) органические психозы в период ООД были представлены картиной *онейроидного помрачения сознания*. Эти психотические состояния разворачивались в течение нескольких часов, в одном случае на фоне психического перенапряжения, в другом – после употребления небольшой дозы алкоголя (Приложение Г). Клиническая картина характеризовалась бредовыми идеями особого значения, ревности, самообвинения, колдовства, магического воздействия («творилась мистика», «пошло переселение душ»), манихейского содержания, преследования, отношения, распространяющиеся на лиц ближайшего окружения, вербальными псевдогаллюцинациями («голоса в голове побуждающего характера»), иллюзиями, психическими автоматизмами, бредовой интерпретацией окружающей действительности с совершением неадекватных действий (сжег тряпичную куклу, связывал племянника), с полным перевоплощением окружающей обстановки со сценоподобными галлюцинациями («то накатывало, то отпускало», «перестал ощущать себя прежним», «пошли цветные картины», происходящее вокруг становилось «неестественным», «стал свидетелем убийства друга», «стоял и смотрел», «не понимал того, что происходит»), ощущением двойной ложной ориентировки («видел себя как со стороны») и совершением агрессивных действий по психопатологическим механизмам с бредовой мотивацией. В обоих случаях психотическое состояние приняло затяжной характер с расширением бредовых фабул и шизофреноподобной симптоматикой – идеи воздействия, перевоплощения, сенестопатии, психические автоматизмы. Для кодирования подобных психотических состояний следует использовать рубрику МКБ-10 F06.2x - «органическое шизофреноподобное расстройство».

Ведущий синдром *делириозного помрачения сознания* был единичным, данный психоз развился в послеоперационном периоде у обследованного, которому было проведено оперативное вмешательство по удалению доброкачественного объемного образования головного мозга. Согласно описанию

в медицинской документации, на протяжении нескольких дней у подэкспертного отмечалось неадекватное поведение (ел виноград вместе с ветками, шоколад с рыбой, стоял на четвереньках между кроватями, опустив голову), отрывочные бредовые идеи («вода отравлена, в кефире димедрол», считал, что в палате «хотят его смерти»), возникшее в дальнейшем психомоторное возбуждение с временной и пространственной дезориентировкой, отрешенностью от окружающей действительности, отсутствием адекватного речевого контакта, что сопровождалось гетероагрессивными действиями и последующей тотальной амнезией психотического эпизода. Психопатологическим механизмом ООД у этого подэкспертного также была дезорганизация поведения вследствие помрачения сознания. Это наблюдение в наибольшей степени соответствовало диагностической рубрике «органический делирий в связи со смешанными заболеваниями» (F05.88). Данный случай иллюстрирует описанный в статье Зайцева О.С. (2023) достаточно редко возникающий и малоизученный вид психотических состояний - послеоперационный психоз, с характерными для него тремя основными компонентами, которые автор указывает как наиболее часто встречающиеся для диагностирования послеоперационного делирия – спутанность сознания, психомоторное возбуждение и галлюцинации и/или бред.

Органические психозы без помрачения сознания в период ООД. Данные психотические состояния представляют собой варианты органических психозов: в виде бредовых состояний с тенденцией к затяжному течению с неблагоприятным прогнозом; в виде органического психоза с ведущим галлюцинаторно-бредовым синдромом в период ООД и последующей трансформацией симптоматики с углублением психического состояния до выраженной психической дезорганизации.

Психозы первой группы (затяжные бредовые) (5 набл., 31,3%) выявлялись у 5 подэкспертных (31,3%), инициальный период психоза в большинстве случаев приходился на ближайший к совершению ООД период (3 набл., за несколько дней), реже – инициация психоза регистрировалась еще за несколько месяцев с появлением отчетливой структурированной психотической симптоматики также

за несколько дней до ООД (2 набл.). Этиологическими факторами формирования ОПР в вышеуказанных случаях были ЧМТ (4 случая), реже - АГ или эпизоды алкоголизации (по 3 случая), еще реже – сосудистые катастрофы или метаболические нарушения. Факторы временной почвы в большинстве случаев представлены нарушениями сна (один подэкспертный стал принимать «феназепам») и нервным напряжением, в двух случаях отмечалось ухудшение соматического состояния, в одном – прием алкоголя незадолго до кристаллизации бредовых переживаний (подэкспертный на протяжении жизни не склонен был к алкоголизации).

В клинической картине доминировали персекуторные систематизированные бредовые идеи (преследования, отношения, воздействия, отравления, инсценировки), реже особого значения и величия, миссии, в отдельных случаях отмечались отрывочные галлюцинации, связанные с фабулой бредовых переживаний. ООД были совершены этими подэкспертными по психопатологическим механизмам бредовой мотивации. Такие психозы имели тенденцию к затяжному течению, 4 из 5 обследованных к моменту проведения экспертизы не вышли из психотического состояния. Этот вариант психоза соответствовал рубрике МКБ-10 «органическое бредовое расстройство» (F06.2х).

Затяжной галлюцинаторно-бредовый органический психоз развился у подэкспертного с органическим психическим расстройством сложного генеза, имевшимся с раннего возраста, и осложненным алкогольной зависимостью. За несколько месяцев до ООД он перенес тяжелое отравление неустановленным веществом, после которого находился в коме, однако выписанный из стационара лечение не продолжил, периодически употреблял алкоголь. Незадолго до совершения ООД у него появились галлюцинации, высказывал отрывочные идеи преследования, в последующем в психическом состоянии доминировали вербальные галлюцинации как истинного характера, так и с элементами псевдогаллюциноза, что сопровождалось нарушением восприятия окружающей действительности, аффектом страха, двигательным возбуждением и отрывочными бредовыми идеями, вследствие которых и было совершено ООД по

психопатологическому механизму бредовой защиты. В дальнейшем психическое состояние обследованного ухудшилось, нарастали галлюцинаторные расстройства, приводя к выраженной дезорганизации поведения с недоступностью продуктивному контакту и разорванностью мышления, при этом экзогенно-органический генез психических нарушений не вызывал сомнений, поэтому диагностические вопросы также были решены, использовалась рубрика МКБ-10 F06.81 - «органическое психотическое расстройство».

Таким образом, психозы органической природы чаще всего представляли собой психотического уровня декомпенсацию имеющегося церебрально-органического заболевания сложного генеза (преимущественно травматического и/или сосудистого) и протекали с помрачением сознания (сумеречным, делириозным или с полиморфной картиной психоза) – такие состояния разрешались быстро (сутки/несколько дней). С другой стороны психозы, протекающие с клинической картиной без помрачения сознания на период ООД (бредовые, галлюцинаторно-бредовые) отличались склонностью к затяжному течению, как и онейроидные картины, которые имеют тенденцию к трансформации симптоматики и переходу в затяжной психоз.

Обобщая результаты изучения основных клинических характеристик экзогенно-органических психозов в выделенных группах, можно отметить следующие их особенности, которые подтверждают их полиморфизм и атипичность.

Алкогольные психозы в данной работе были представлены как развившимися вследствие острой интоксикации, так и в рамках синдрома отмены, в данном распределении существенной разницы не было выявлено. Делириозное помрачение сознания выступало самым частым вариантом клинической картины как при психозах на фоне острой алкогольной интоксикации, так и в структуре синдрома отмены, при этом во второй группе делирии были как «классическими», так и «атипичными» (наличие эндоформных включений) с одинаковой частотой встречаемости. Психозы, развивающиеся на фоне острой алкогольной интоксикации, также протекали с ведущими галлюцинаторным или бредовым

синдромами, а психозы на фоне отмены алкоголя - с ведущим полиморфным или галлюцинаторным синдромом.

Психозы вследствие употребления наркотиков или нескольких ПАВ чаще всего развивались на фоне приема синтетических стимуляторов и каннабиноидов. Наркотические психозы часто имели полиморфную картину – это делириозные состояния, галлюцинаторно-бредовые или собственно полиморфные психозы. Несколько реже встречались шизофреноподобные психозы, среди которых наиболее часто отмечались затяжные психозы, не разрешившиеся к моменту проведения СПЭ, а также тенденция к затяжному течению отмечается и у бредовых психозов наркотического генеза. Галлюцинаторные психозы вследствие употребления наркотических веществ представляют самую малочисленную группу (единичный случай).

В группу смешанных психозов были отнесены кратковременные психозы с сумеречным помрачением сознания, среди которых были выделены как отдельные клинические состояния - патологическое опьянение, патологическое просоночное состояние, а также сумеречные помрачения сознания с включениями психопродуктивной симптоматикой и без нее. Данные состояния развивались при наличии постоянной органической почвы, действия временных астенизирующих факторов и приема алкоголя независимо от его дозы (от малых до значительных доз), протекали всегда кратковременно – внезапно начинаясь и так же внезапно заканчиваясь, с различной глубиной помрачения сознания и дезориентировки, брутальными агрессивными безмотивными действиями. В эту группу вошли и психозы, традиционно относимые судебными психиатрами к исключительным состояниям.

В генезе органических психозов у подэкспертных с выявленным прогрессивно текущим ОПР ведущая роль отводится ЧМТ и хроническим соматическим заболеваниям; ведущей клинической картиной были синдромы помрачения сознания (сумеречное, онейроидное, делириозное) и полиморфные картины с помрачением сознания на высоте, реже развивались бредовые состояния с затяжным течением.

Глава 4

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЮРИДИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ СПОСОБНОСТЕЙ ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНОЕ ДЕЯНИЕ В СОСТОЯНИИ ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКОГО ПСИХОЗА

4.1 Принципы и этапность оценки уголовно-процессуальной дееспособности обвиняемых с психическими расстройствами

Самостоятельное участие в судебно-следственных действиях с возможностью реализации правоспособности (уголовно-процессуальная дееспособность) возможно в том случае, если подэкспертный «понимает характер и значение уголовного судопроизводства (сущность процессуальных действий и получаемых посредством их доказательств) и своего процессуального положения (содержание своих процессуальных прав и обязанностей), а также обладает способностью к самостоятельному совершению действий, направленных на реализацию процессуальных прав и обязанностей». В формулировке данного юридического критерия содержится два компонента – интеллектуальный и волевой, которые являются выражением существующих в настоящее время взглядов на произвольную саморегуляцию в конкретной юридически значимой ситуации (Корзун Д.Н., Ткаченко А.А., 2013; Ткаченко А.А., Самылкин Д.В., 2015). В последние годы в отечественной судебной психиатрии используется подход, опирающийся на представления об уровне структуры саморегуляции (Конопкин О.А., 2005), которая представлена смысловым (мотивационный) и операционально-техническим (целевой) уровнями. На высшем (смысловом уровне) происходит согласование целей и средств с ведущими мотивами, актуальными потребностями, ценностями, установками для последующей деятельности, второй уровень (целевой) отвечает за формулирование цели и включает такие подуровни, как целеполагание (выбор цели, представления о задачах, собственно мотиве достижения цели, рассмотрение альтернативных путей решения задач, прогнозирование поведения в достижении цели), и собственно целедостижение –

последовательность определенных действий, необходимых для достижения цели, анализ и, при необходимости, их коррекция.

Психические нарушения могут влиять на уголовно-процессуальную дееспособность на разных уровнях, поражая различные звенья саморегуляции, в результате чего УПД может быть как тотально нарушена, так и ограничена. Под уголовно-процессуальной недееспособностью принято понимать нарушенную из-за расстройства психической деятельности способность лица, совершившего инкриминируемое ему деяние, адекватно оценивать судебно-следственную ситуацию и самостоятельно принимать участие в реализации своих прав и обязанностей, в том числе давать показания (Назаренко Г.В., 2000).

Особое внимание при оценке влияния тех или иных психических нарушений на саморегуляцию как способность к реализации УПД следует обращать на высшие психические функции организма (когнитивные способности, восприятие, эмоциональная сфера, волевая регуляция), благодаря которым и происходит целостное отражение происходящего в восприятии, а также последующая интерпретация и анализ окружающей действительности с формированием почвы для познавательно-интеллектуальной деятельности (Цебекова Г.В. и др., 2019).

Оценка юридически значимых способностей в базовой концепции проведения СПЭ включает определение как потенциальной, так и актуальной способности к регуляции поведения в юридически значимый период (Кудрявцев И.А., 1999). Для сохранной потенциальной способности регуляции поведения необходимы: развитость познавательной деятельности, достаточный интеллектуальный уровень и личностное развитие с социальным функционированием и способностью приобретать опыт, а именно, наличие представлений о ценностях, морали, выгоде, противоправности, наказании, ущербе. Вышеуказанное «потенциально» обуславливает возможность лица к осознанной регуляции и организации своего поведения в юридически значимой ситуации. В то же время при сохранности потенциальной способности регуляции поведения, в конкретной ситуации необходимо также отдельно оценивать актуальную способность у конкретного подэкспертного как практическую

реализацию потенциальной способности (Самылкин Д.В., 2017). В ходе оценки в судебно-следственной ситуации потенциальной способности к регуляции поведения нужно учитывать симптомы и синдромы как эквиваленты клинической картины психического расстройства, которые могут оказать влияние на различные уровни саморегуляции, при этом о тотальном нарушении потенциальной уголовно-процессуальной дееспособности можно говорить при выявлении нарушений на смысловом уровне. При оценке же актуальной УПД необходимо проводить анализ с учетом как полученных данных о потенциальной УПД, поведении подэкспертных в ходе процессуальных действий, так и выявляемых в определенный период судебно-следственной ситуации клинических проявлений психического расстройства (Усюкина М.В., Харитonenкова Е.Ю., 2015). А в случае, когда психическое состояние изменяется на протяжении судебно-следственной ситуации, то производится анализ актуальной УПД как ретроспективно (до экспертизы), так и презентально (на период СПЭ), а также прогностически (прогноз после СПЭ).

Таким образом, опираясь на результаты проведенных ранее исследований, выделивших основные принципы и последовательность оценки УПД обвиняемых, в нашем исследовании оценка уголовно-процессуальной дееспособности включала несколько этапов:

1. Анализ клинико-психопатологических особенностей психических расстройств у обследованных (презентальная оценка).
2. Сопоставление выявленных в ходе презентальной оценки психопатологических расстройств с интеллектуальным и волевым компонентами юридического критерия способности к активному участию в судебно-следственной ситуации.
3. Выявление симптомокомплексов, которые нарушают потенциальную или актуальную УПД.
4. Ретроспективный анализ актуальной УПД.
5. Вынесение прогностических суждений.

4.2 Клинико-психопатологические особенности психических расстройств у обследованных в период проведения судебно-психиатрической экспертизы

В данном исследовании у подэкспертных выявлялись психопатологические расстройства различного регистра, среди которых можно выделить следующие: расстройства психотического уровня (галлюцинаторный, бредовый синдромы, полиморфная симптоматика) и непсихотического уровня (расстройства аффективные, когнитивные, а также эмоционально-волевые). Кроме того, в общей выборке присутствовали обследованные, у которых в период проведения СПЭ какой-либо психической патологии не обнаруживалось, и диагноз психического расстройства (кроме перенесенного ими в период ООД психотического состояния) не устанавливался (Таблица 6).

Таблица 6. Ведущий психопатологический синдром в период СПЭ

Ведущий синдром \ Группа	Связанные с приемом ПАВ психозы	Смешанные психозы	Органические психозы	Всего
Психотического уровня	7 (13,7%)*	0	6 (37,5%)*	13 (12,5%)
Непсихотического уровня	41 (80,4%)	34 (91,9%)*	10 (62,5%)*	85 (81,7%)
Без психических расстройств на СПЭ	3 (5,9%)	3 (8,1%)	0	6 (5,8%)
Всего	51 (100%)	37 (100%)	16 (100%)	104 (100%)

* - статистически значимые различия

4.2.1 Психопатологические синдромы психотического уровня

Актуальный ведущий синдром был *бредовый* в 8 наблюдениях (7,7%) и проявлялся в актуальных бредовых идеях преимущественно персекуторного характера (7 случаев) или бредовыми идеями нескольких фабул (1 случай).

Бредовый синдром у подэкспертных из группы связанных с употреблением ПАВ психозов в период нахождения на СПЭ (6 набл., 11,8%) включал идеи овладения, интерметаморфозы, в том числе фантастического содержания, воздействия, отношения, отравления, а у лиц из группы органических психозов (2

набл., 12,5%) имел более реалистичное, конкретное и примитивное содержание, был представлен идеями преследования, отношения.

Проведенное исследование с использованием психометрической методики - опросника SCL-90-R ожидаемо выявило у этих лиц высокий уровень по шкале «паранойяльные симптомы» (повышенного уровня выраженности - 2,6), а также по шкале «фобическая тревожность» (средний уровень выраженности - 2,03).

В 3-х случаях (2,9%) в группе органических психозов в период нахождения на экспертизе выявлялся ведущий *галлюцинаторно-бредовый* синдром – в двух наблюдениях в структуре затяжного психоза, длящегося с момента ООД, а еще в одном наблюдении – с развитием в судебно-следственной ситуации реактивного состояния с галлюцинаторно-бредовой симптоматикой.

В 2 случаях (1,9%) – один в группе связанных с употреблением ПАВ психозов, второй - в группе органических психозов ведущий синдром можно обозначить как «*выраженная психическая дезорганизация*», что обусловлено тяжестью состояния и полиморфностью имеющейся психотической симптоматики с включениями как бредовых, так и галлюцинаторных переживаний, неадекватностью эмоций, тотальной дезорганизацией мышления с соответствующим поведением (элементы помрачения сознания).

4.2.2 Психопатологические нарушения непсихотического уровня

Когнитивные нарушения у обследованных лиц были представлены континуумом различных по тяжести состояний, от минимальных до значительно выраженных, но так как ни в одном случае они не достигали степени слабоумия (ни одному обследованному не была диагностирована деменция), то даже наиболее выраженные уголовно-релевантные когнитивные нарушения обозначались нами как умеренные (УКН) (Таблица 7).

Как видно из Таблицы 7, УКН наиболее часто встречались в группе органических психозов. В группе психозов, связанных с употреблением ПАВ чаще выявлялись легкие когнитивные нарушения (ЛКН), причем в половине случаев ЛКН выступали в качестве сопутствующего синдрома.

Таблица 7. Когнитивные нарушения, выявленные на СПЭ

КН в структуре ведущего психопатологического синдрома	Группа связанных с приемом ПАВ психозов	Группа смешанных психозов	Группа органических психозов	Всего
УКН	10 (19,6%)*	14 (37,8%)	7 (43,8%)*	31 (29,8%)
ЛКН	9 (17,6%)	10 (27,1%)	3 (18,7%)	22 (21,2%)
КН - сопутствующий с-м				
ЛКН	26 (51%)	9 (24,3%)	6 (37,5%)	41 (39,4%)
Нет когнитивных нарушений	6 (11,8%)	4 (10,8%)	-	10 (9,6%)
Всего	51 (100%)	37 (100%)	16 (100%)	104 (100%)

* - статистически значимые различия

С применением всего спектра методов обследования (клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, параметрический) выявлялись следующие симптомы и нарушения - расстройства внимания (снижение концентрации, рассеянность и замедленность, быстрое истощение) (90%), тенденция к конкретизации в мышлении (78,1%), поверхностность и облегченность суждений (61,2%), замедленность когнитивных процессов (63,8%), выраженная обстоятельность мышления (62,5%) или его тугоподвижность (21,6%). Клинически значимое снижение памяти регистрировалось у 15 (46,9%) обследованных.

Общий средний балл у подэкспертных с органическими психозами при анализе результатов проведенного МоСА-теста был самым низким (23,4) в отличие от других групп, выявив нарушение многих функций; у подэкспертных со смешанными психозами преобладали нарушения зрительно-конструктивных функций, а также внимания, а у подэкспертных со связанными с употреблением ПАВ психозами дополнительно были выявлены нарушения отсроченного воспроизведения.

В большинстве случаев ведущим легким или умеренно-выраженным когнитивным расстройствам сопутствовали различной степени выраженности эмоционально-волевые нарушения (Таблица 8). *Выраженные эмоционально-волевые* нарушения, оказавшиеся уголовно-релевантными (т.е. имеющими

правовое значение) в структуре ведущего психоорганического синдрома (ПОС) в период СПЭ выявлялись в 21 наблюдении (20,2%). В 18 наблюдениях (17,3%) ведущим психопатологическим синдромом на СПЭ являлся *психопатоподобный*; чаще встречаясь в группе психозов, связанных с употреблением ПАВ.

Таблица 8. Эмоционально-волевые нарушения, выявленные на СПЭ

Эмоционально-волевые нарушения на СПЭ (ведущий синдром)	Группа связанных с приемом ПАВ психозов	Группа смешанных психозов	Группа органических психозов	Всего
Выраженные эмоционально-волевые (в структуре ведущего ПОС)	10 (19,6%)	7 (18,9%)	4 (25%)	21 (20,2%)
Психопатоподобные (ведущий синдром)	14 (27,5%)	4 (10,8%)	0	18 (17,3%)
Всего	24 (47,1%)	11 (29,7%)	4 (25%)	104 (37,5%)

В выборке обследованных преобладал *эксплозивный* симптомокомплекс психопатоподобных расстройств, включающий эмоциональную взрывчатость с импульсивностью, чрезмерной возбудимостью, склонностью к аффектам гнева, ярости (26 набл., 66,7%).

Обследованные с выраженными эмоционально-волевыми нарушениями в структуре *эксплозивного варианта психоорганического синдрома* представлены 8 наблюдениями (7,7%), из которых 6 (16,2%) в группе смешанных, 2 наблюдения (12,5%) в группе органических. В 1 наблюдении в группе органических психозов этот вариант сопровождался эмоциональной вязкостью с чрезмерной фиксацией на негативных обстоятельствах с напряженностью, ворчливостью, взрывчатостью с аффективными разрядами и вспышками (в том числе дисфорическими), сочетающимися с аффективной ригидностью и тенденцией к формированию труднокорректируемых, паранойяльных суждений, составляя клиническую картину *эксплозивного варианта психоорганического синдрома*.

В 8 наблюдениях (15,7%) группы психозов, связанных с употреблением ПАВ, и в 1 наблюдении (2,7%) в группе смешанных психозов *эксплозивный вариант психопатоподобных нарушений* сопровождался также выраженными

специфическими изменениями личности, характерными для лиц, длительное время злоупотребляющих алкоголем, и представленными примитивностью с доминированием низших эмоций и витальной мотивации, эмоциональным огрубением с утратой тонких эмоциональных дифференцировок, бестактностью, хвастливостью, расторможенностью, дефицитом высших эмоций (чувства собственного достоинства, долга, сострадания, заботы), деградацией морально-волевых, социально-ориентированных, связанных с критическими способностями качеств личности, что можно характеризовать как выраженная деградация личности по алкогольному типу с характерными стереотипными личностными чертами с преобладающей гедонистической направленностью поведения, эксплозивностью и низкой социальной ответственностью. В отдельных случаях выявлялась эмоциональная неадекватность с качественным несоответствием эмоциональной реакции вызвавшему раздражителю. Нередко у этих подэкспертных преобладало благодушно-беспечное настроение с дурашливостью, расторможенностью поведения. В отделении они были бестолковы, некритичны, навязчивы к окружающим, постоянно привлекали к себе внимание неуместными плоскими шутками, создавая конфликтные ситуации с другими подэкспертными.

Несколько реже у обследованных наблюдался *астенический* симптомокомплекс эмоционально-волевых нарушений, включающий эмоциональную слабость, неустойчивость с тенденцией к преобладанию сниженного фона настроения с сентиментальностью, слезливостью, тревожностью, нетерпеливостью, повышенной истощаемостью. Обычно сочетаясь с легкими или умеренными когнитивными нарушениями, в качестве ведущего он выступал в 6 наблюдениях (15,4%).

В 4 (10,3%) наблюдениях в структуре эмоционально-волевых нарушений у обследованных преобладали утрата эмоционального резонанса с резким снижением эмоционального отклика на происходящее, сглаженностью эмоциональной сферы, сужением круга интересов, примитивностью личностно-потребностной сферы, адинамией и апатией с отрешенностью, снижением воли и влечений вплоть до аспонтанности с безразличным отношением к окружающему

(сложившейся ситуации, своей жизни, будущему). Описанный симптомокомплекс эмоционально-волевых нарушений в структуре *апатического* варианта психоорганического синдрома наблюдался в группе органических (2 набл., 12,5%) и связанных с употреблением ПАВ психозов (2 набл., 3,9%).

Ведущий *аффективный синдром* (8 набл., 7,7%) выявлялся у 4 обследованных с имеющейся фоновой психической патологией (ОПР или зависимостью от ПАВ), еще у 4 - не имевших ранее какой-либо психической патологии, развившийся после перенесенного психоза как реакция на сложившуюся судебную-следственную ситуацию. В качестве ведущих аффективные расстройства выявлялись в группе связанных с приемом ПАВ (5 набл., 9,8%) и в группе смешанных (3 набл., 8,1%) психозов. Депрессивный синдром чаще всего был выражен умеренно, характеризовался классическими симптомами триады с выраженным снижением настроения, торможением психической деятельности – как двигательной, так и волевой, интеллектуальной. В выборке были представлены следующие симптомы: скованность, напряженность, однообразие мимики, безучастность, снижение темпа речи, паузы при ответах, плаксивость, тоска, апатия, адинамия, подавленность, угрюмость, нарушения сна, аппетита, погруженность в собственные переживания с труднодоступностью, замедление мыслительных процессов. Реже встречалась атипичная симптоматика: тревога, тягостное ощущение предстоящих трудностей или неопределенности, неусидчивость, двигательная расторможенность.

Проведенное исследование с использованием психометрической методики - опросника SCL-90-R выявило повышенный по сравнению с другими шкалами уровень «депрессии» у обследованных из группы психозов, связанных с употреблением ПАВ.

Ведущий *церебрастенический синдром* отмечался в 6 (5,8%) наблюдениях (3 набл., 8,1% в группе смешанных психозов, 3 набл., 5,9% - в группе психозов, связанных с приемом ПАВ). В структуре данного синдрома выявлялись частые головные боли, головокружения, шум в ушах, склонность к повышенной метеочувствительности, плохая переносимость жарких и душных помещений,

повышенные слабость и утомляемость, инсомнические расстройства, аффективная неустойчивость с повышенной чувствительностью, которые характеризовались различной выраженностью. Вышеуказанным расстройствам сопутствовали отдельные когнитивные нарушения: иногда во время беседы подэкспертные затруднялись с подбором нужного слова, отмечались застревания на субъективно значимых темах, быстрая утомляемость при интеллектуальных нагрузках, требующих высокой концентрации внимания, а также тенденция к конкретизации и обстоятельности в мышлении, в результате соответствуя диагностическим критериям органического эмоционально-лабильного расстройства (код F06.6 по МКБ-10).

Проведенное исследование с использованием психометрической методики - опросника SCL-90-R выявило повышенный по сравнению с другими шкалами уровень «соматизации», «обсессивно-компульсивных расстройств», «межличностной сензитивности» и «тревожности» в группе смешанных психозов, тогда как в группе психозов, связанных с приемом ПАВ, преобладали «соматизация» и «межличностная сензитивность».

У 6 (5,8%) обследованных к моменту проведения экспертизы **не выявлялось психического расстройства** (3 набл., 5,9% в группе связанных с приемом ПАВ психозов; 3 набл., 8,1% в группе смешанных психозов). Отдельные феномены, отмеченные в ходе клинического обследования, в виде периодической слабости, утомляемости, трудностей сосредоточения или заострения личностных особенностей, которые за период от ООД до СПЭ имели тенденцию к сглаживанию или полному исчезновению, расценивались у них как временные, обратимые последствия перенесенного экзогенного психоза, и не составляли картину какого-либо психопатологического синдрома.

4.3 Судебно-психиатрическая оценка уголовно-процессуальной дееспособности

На втором этапе оценки юридически значимых способностей подэкспертных проводился анализ обнаруженных в ходе презентальной оценки симптомокомплексов как качественных эквивалентов психических расстройств с

компонентами юридического критерия (волевого/интеллектуального) уголовно-процессуальной дееспособности. Те симптомокомплексы, которые исключают потенциальную способность лица к активному участию в процессуальных действиях, проанализированы в зависимости от влияния на смысловой или целевой уровень регуляции поведения. В дальнейшем оценивалась динамика психического состояния подэкспертного на этапе от ООД до СПЭ для формирования ретроспективных суждений относительно УПД подэкспертного, а также выявления в текущем психическом состоянии таких проявлений психических расстройств, которые могут влиять на актуальную УПД с последующим вынесением прогностических суждений относительно юридически значимых способностей лица.

Анализ наблюдений в выборке показал, что в половине случаев обследованные лица были уголовно-процессуально недееспособны, у другой половины уголовно-процессуальная дееспособность была сохранена, однако они не могли давать показания о периоде ООД. Группа органических психозов статистически значимо отличалась от двух других преобладанием обвиняемых с тотально нарушенной УПД (13 набл., 81,3%) (Таблица 9), что связано с сохраняющейся в ряде случаев психотической симптоматикой в период СПЭ, а также большей выраженностью у них негативных психопатологических расстройств.

Таблица 9. Нарушения УПД обследованных лиц

Нарушения УПД	Группа связанных с приемом ПАВ психозов	Группа смешанных психозов	Группа органических психозов	Всего
Тотально нарушенная УПД	22 (43,1%)	17 (45,9%)	13 (81,3%)*	52 (50%)
Не может давать показания о моменте ООД	29 (56,9%)	20 (54,1%)	3 (18,8%)*	52 (50%)
Всего	51 (100%)	37 (100%)	16 (100%)	104 (100%)

*- статистически значимые различия $p < 0,05$

Уголовно-процессуальная недееспособность лиц, употребляющих наркотические средства из группы связанных с приемом ПАВ психозов, была обусловлена тем, что психоз не разрешился до актуальной судебно-психиатрической экспертизы и сопровождался преимущественно активной психопродуктивной симптоматикой. Тотальное нарушение уголовно-процессуальной дееспособности у лиц с психозом, развившимся в результате приема алкоголя, наоборот, чаще было связано с грубой негативной психопатологической симптоматикой.

4.3.1 Психопатологические расстройства, нарушающие УПД

На *интеллектуальный критерий УПД* (способность понимать характер и значение уголовного судопроизводства и своего процессуального положения, содержание своих процессуальных прав и обязанностей) оказывали значимое влияние такие симптомокомплексы, как продуктивная психопатологическая симптоматика психотического уровня в виде бредового, галлюцинаторно-бредового синдромов, синдрома выраженной психической дезорганизации (полиморфного) в период проведения СПЭ, и отмечалась в 13 наблюдениях (12,5%): в группах психозов, связанных с употреблением ПАВ и органических психозов. В группе смешанных психозов психотических расстройств в период СПЭ не наблюдалось.

Механизмы бредообразования, характеризующиеся формированием патологического «личностного смысла», затрагивают многие высшие психические функции (восприятие, представление, мышление) и приводят к поражению глубоких смыслообразующих структур регуляции. Паралогичная (бредовая) интерпретация происходящего переносится на актуальную судебно-следственную ситуацию и сопровождается поражением смыслового уровня саморегуляции, опосредованно затрагивая и звенья целевого уровня с нарушением критики и способности к корректировке действий на фоне нарушения мотивов поведения.

Таким образом, при наличии ведущего актуального *бредового синдрома* на СПЭ патологическая интерпертация затрагивает все происходящее, и в содержание

бредовых идей вплетаются и события судебно-следственной ситуации, что оказывает влияние на поведение и препятствует адекватному контакту подэкспертного с участниками уголовного судопроизводства. Например, при наличии идей религиозного содержания подэкспертный считал совершенное им деяние «происками дьявола», был убежден, что дьявол «сломал его, одолел», совершенно не интересуясь ходом судебно-следственной ситуации, был обеспокоен только «непрощением родных», читал религиозную литературу, «спасая душу», стараясь «вымолить прощение у Бога». Подэкспертный с бредом воздействия, мистического содержания, психическими автоматизмами отрицал инкриминируемое деяние, считая, что «переместил жену в другое измерение», был фиксирован на переживаниях «об инопланетянах, которые вселяются в людей и управляют ими», на ощущениях в теле, вызываемых «чипом в голове» (Приложение Б). Подэкспертные с персекуторным бредом (преследования, отравления, ревности) нередко включали в бредовую систему участников судебно-следственной ситуации, сотрудников экспертного отделения или других подэкспертных, провоцируя конфликты, заявляя об их связи с преследователями, с их родственниками, с сотрудниками полиции, о подкупе «с целью ложного обвинения и ареста обвиняемого», попытках убить или отравить его, настаивали на виновности потерпевших, заявляя о намерении разобраться со всеми обидчиками, «довести дело до конца», в некоторых случаях высказывая суицидальные намерения.

Бредовая интерпретация отражалась на ходе конкретных судебно-следственных действий с подэкспертными, в том числе и данных ими показаний. Подэкспертным не были доступны понимание обвинений и сути противоправности и тяжести содеянного с осознанием последствий, их представления о своих процессуальных правах и обязанностях были формальны.

Соответственно, наличие бредовой симптоматики с искажением содержания и смысла всей ситуации, связанной с ООД, влечет за собой нарушение интеллектуального и, как следствие, волевого компонентов юридического

критерия УПД за счет поражения смыслового уровня регуляции поведения, что исключает способность участия лица в судебно-следственных действиях.

У обследованных с *галлюцинаторно-бредовыми нарушениями* бредовые идеи носили вторичный характер, имеющиеся нарушения восприятия формировали болезненную мотивацию деятельности. Так, один из обследованных, убивший своего отца, говорил, что ощущает, как «отец проникает в его тело, замещая его», постоянно трогал свои конечности, проверяя, насколько отец «получил доступ к его телу» (Приложение Г). Другой - после попадания в следственный изолятор стал ощущать, как соседи по камере «копаются в его мыслях», слышал «голос жены», видел «ее образ», она «шептала ему», «становилось спокойно и немного страшно», «возникало желание совершить самоубийство». Еще один обследованный, слышавший «голоса» и видевший «очертания демонов», боялся, что совершит по их приказу другие «неблаговидные поступки». Таким образом, деятельность обвиняемых приобретала ситуационный характер, что было обусловлено патологическими переживаниями, при этом нарушался как мотивационный уровень саморегуляции, так и операционально-технический (целеполагание и целедостижение, так как нарушены этапы планирования/программирования и корректировки/прогнозирования действий).

У 2 (1,9%) подэкспертных выявлялось такое актуальное психическое состояние, как психоз, клиническую картину которого в целом можно охарактеризовать как *синдром выраженной психической дезорганизации* – один случай в группе органических психозов, второй – в группе связанных с приемом ПАВ психозов. В первом случае состояние сопровождалось непониманием цели поступления на экспертизу, психомоторным возбуждением, парадоксальностью эмоций, ускоренной речью и непродуктивностью контакта, недоступностью в переживаниях, паралогичностью и непоследовательностью мышления, а во втором – помрачением сознания (озирался по сторонам, контакту был недоступен, дезориентирован в месте и времени, внимание привлекалось с трудом, выкрикивал нелепые бессвязные фразы или повторял слова за врачами), что сопровождалось негативистичностью, эпизодами психомоторного возбуждения,

непродуктивностью и разорванностью мышления. Указанные состояния исключали возможность адекватно воспринимать информацию, запоминать ее, осмыслять и воспроизводить, обуславливая тотальную дизрегуляцию поведения, что свидетельствовало о тотальном нарушении интеллектуального критерия УПД.

Среди *непсихотических расстройств* наиболее значимо влияющими на интеллектуальный компонент юридического критерия УПД были когнитивные нарушения умеренной выраженности с непониманием подэкспертными смысла (характера и значения судебно-следственной ситуации), поэтому они не могли сформировать собственно цели защиты – 31 случай (29,8%).

Уголовно-релевантные умеренные когнитивные нарушения выявлялись в 7 наблюдениях (43,8%) в группе органических психозов, в 14 (37,8%) – в группе смешанных психозов и в 10 (19,6%) наблюдениях в группе психозов, связанных с приемом ПАВ.

У этих подэкспертных выявлялся низкий интеллектуальный уровень, малый запас знаний и представлений, обедненность и примитивность интересов, стремление ограничить свою жизнь самыми простыми действиями. Все суждения их были сугубо конкретны, примитивны, легковесны, уровень обобщения снижен, качественное абстрагирование и целостное осмысление проблем вызывали затруднения. Мышление у этих подэкспертных было замедленное по темпу, обстоятельное, со сниженной продуктивностью, низкой познавательной деятельностью, у них была снижена способность к усвоению и переработке новой информации, логическому мышлению, спектр мыслительных операций был ограничен. Сведения о себе они сообщали достаточно скудно, по наводящим вопросам, при этом излишне обстоятельно, вязко, застревая на малозначимых деталях, не имеющих отношения к обсуждаемой теме. Наряду с истощаемостью, утомляемостью, приводившими к крайне медленному темпу осмысления материала, проявлялись трудности самоорганизации продуктивной умственной деятельности, выраженная ригидность, трудности переключения, затруднения в принятии и учете простых программ. Эти подэкспертные были способны выделить простые категориальные и функциональные основания, однако в большей степени

актуализировали конкретные и в меньшей степени - конкретно-ситуационные признаки: в единичных случаях выявлялись сложности узнавания стимулов. При этом подэкспертные часто затруднялись в вербализации решений и в выделении общего, отмечалось снижение четкости суждений. Обследованные не всегда устанавливали логические соотношения и последовательность событий, в отдельных случаях ссылаясь на то, что «это не нужно, тут и так все ясно». Опираясь на субъективные критерии оценок, они не понимали подтекст (внутренний смысл) обсуждаемого, соответственно и целостного *понимания характера* сложившейся ситуации у них не было.

На этапе презентальной оценки о способности этих лиц анализировать общее содержание и *понимать значение* следственных действий для себя можно было судить, в том числе, на примере отношения к проведению экспертизы. Большинство обследованных не могли выразить своего отношения к экспертизе, объяснить ее задачи, цель, передать ее смысл. Чаще всего описание сводилось к формальному общему представлению: «провериться», «пройти обследование», «больной или нет», «дружит ли с головой». Часто обследованные не понимали, какие исходы экспертизы возможны, другие настаивали на полном психическом здоровье, опасаясь попадания в психиатрическую больницу, что свидетельствовало о формальном, крайне упрощенном понимании возможных последствий СПЭ. Большинству из этих лиц было недоступно понимание причинно-следственных связей совершенного ООД в состоянии психотического расстройства с возможным направлением на лечение, признанием судом невменяемым и освобождением от уголовной ответственности за деяние, совершенное в болезненном состоянии. Объяснения смысла проведения экспертизы зачастую были конкретные и примитивные: «Это следователь тянет время, стараясь заставить признаться».

Многие обследованные заявляли, что они не совершали того, в чем их обвиняют, что было связано с тотальной амнезией периода ООД и приводило к дополнительному упрощению в сознании подэкспертного судебно-следственной ситуации и нарушению целостного анализа ее разнообразных аспектов. В частности, им было недоступно понимание роли и мотивов участников судебно-

следственной ситуации. Нередко они говорили, что «свидетели сделали из меня злодея», «не могу допустить, что такое сотворил, как можно такое признавать», примитивно настаивали на том, что свидетели их оговорили: «все куплено, все против меня». На уточняющие вопросы по поводу данных ими на следствии показаний сообщали, что «оговорили себя по просьбе полицейских, которые в случае отказа угрожали избиением».

Целостное понимание и полноценный анализ сложившейся судебно-следственной ситуации не был им доступен ввиду затрудненности абстрагирования и тенденции к конкретизации. Статус обвиняемого подэкспертные понимали поверхностно, осведомленность в своих процессуальных правах, юридических понятиях - формальна, примитивна. Отвечая на вопрос о значении термина «невменяемость», один из обследованных демонстрировал палец на руке, говоря: «Вот палец у меня не сгибается, палец – невменяемый», в последующих беседах сообщал, что «разобрался» со значением вышеупомянутого термина: «невменяемый – это дурачок». Эти же расстройства (конкретность мышления, трудности абстрагирования, снижение памяти, нарушение критики) приводили к недостаточному учету объективных обстоятельств и собственных способностей, необходимых для самостоятельного участия в судебно-следственной ситуации.

Неспособность понимать характер и значение уголовного судопроизводства и своего процессуального положения, содержание своих процессуальных прав и обязанностей подэкспертных с ведущим синдромом умеренно-выраженных когнитивных нарушений базируется на том, что помимо собственно когнитивных нарушений умеренной выраженности у данных обследованных отсутствовало критическое отношение к психозу на момент ООД, что приводило в целом к невозможности целостного осмысления сложившейся ситуации - нарушен интеллектуальный критерий УПД.

Юридически значимым умеренным когнитивным нарушениям часто сопутствовали *выраженные эмоционально-волевые нарушения*, которые оказывали преимущественное влияние на волевой критерий УПД - 21 случай (20,2%).

Обследованные с выраженными эмоционально-волевыми нарушениями в структуре *эксплозивного варианта психоорганического синдрома* (8 набл., 7,7%), из которых 6 (16,2%) из группы смешанных психозов и 2 (12,5%) из группы органических, были раздражительны, ворчливы, иногда злобны, угрюмы, временами расторможены, импульсивны вследствие нарушения волевого контроля поведения. У них отмечалась склонность к формированию ригидных, порой труднокорректируемых, категоричных суждений, что в сочетании с некритичностью к содеянному требовало дифференциальной диагностики с резидуальным бредом; их настроение часто определялось как дисфоричное, нередко были протестные реакции (в том числе относительно процессуальных действий – отказывались от подписей, дачи показаний, ознакомления с материалами дела), аффективная напряженность, склонность к конфликтности, агрессивности, ситуативность поведения с нарушением прогнозирования последствий. Также, они часто не выполняли требований режима места содержания.

Отмеченные эмоциональные нарушения у этих лиц, усугубленные снижением интеллектуально-волевого контроля собственного поведения с неспособностью к длительной целенаправленной и требующей усилий деятельности, преодолению возникающих сложностей, которые в силу неустойчивости мотивационных предпосылок приводили не только к неспособности осуществлять свое право на защиту (целестремление), но и неспособность формирования продуманной тактики защиты (целеполагание).

В ряде случаев (8 набл., 15,7% в группе психозов, связанных с ПАВ и 1 набл., 2,7% - в группе смешанных) нарушение саморегуляции было связано, в том числе, и с перестройкой потребностно-мотивационной сферы этих подэкспертных - смысловой искаженности в соответствии с предпочитаемым образом жизни, нормами и ценностями референтного окружения, доминированием низших эмоций и витальной мотивации. Личностная огрубленность, примитивность и расторможенность влечений, невозможность организовать и упорядочить активность при ориентации на мнение окружающих, импульсивность в поведении

и решениях, ригидность усвоенных способов реагирования, нивелирование ответственности и чувства вины, как правило, сочетались с интеллектуально-мнестическим снижением, слабостью регулирующей функции мышления, трудностями обобщения, продуцирования развернутых высказываний, оперирования отвлеченными понятиями, недостаточностью целенаправленности, отсутствием познавательной мотивации.

В 4 наблюдениях (3,8%) презентальная оценка показала, что регуляция юридически значимой деятельности подэкспертных была нарушена за счет выраженных эмоционально-волевых нарушений в структуре *апатического варианта психоорганического синдрома*.

В период СПЭ обследованные обнаруживали полное безучастие, безразличное отношение к проводимому обследованию, дальнейшей своей судьбе, пассивность поведения в судебно-следственной ситуации. Контакт с этими подэкспертными носил недостаточно продуктивный характер, в беседе с экспертами они не были заинтересованы, в общении пассивны, в разговор вступали неохотно, основные события жизни датировали приблизительно. Крайне формально понимали противоправность и уголовную наказуемость инкриминируемого деяния, не проявляли заинтересованности вариантами решения СПЭ, и в принципе, не понимали их возможных юридических последствий. На вопросы об ООД отвечали кратко, по наводящим вопросам, часто безэмоционально, порой ссылаясь на то, что «как там написано, так и было». Они не выявляли озабоченности дальнейшей судьбой - «без разницы, что будет» или строили примитивные планы на будущее - «поеду в глухомань, от всех подальше». Показания этих обследованных отличались формальностью, краткостью и малоэмоциональностью, преобладали общие фразы, порой они пассивно ссылались на показания свидетелей или потерпевших. При расспросе о данных в ходе судебно-следственной ситуации показаниях говорили - «просто придумал, так было удобнее», «разницы нет, как оно было».

Малодифференцированность и ригидность эмоциональных проявлений в сочетании с пассивностью, подчиняемостью, аспонтанностью и такими

когнитивными нарушениями, как малопродуктивность вербального контакта, истощаемость, низкий темп и торпидность мышления с облегченностью суждений, мнестико-интеллектуальным снижением и расстройством критико-прогностических способностей нарушали саморегуляцию этих лиц на смысловом и целевом уровнях (в основе чего - снижение мотивации к защите вследствие подавления волевых побуждений).

Таким образом, различные сочетания выявленных выраженных негативных психопатологических синдромов соответствовали сразу двум (интеллектуальный и волевой) критериям уголовно-процессуальной недееспособности, исключая потенциальную способность подэкспертных активно участвовать в судебно-следственных действиях.

Эмоционально-волевые нарушения в структуре *астенического варианта психоорганического синдрома* (6 набл., 5,8%), из которых 3 (18,8%) в группе органических психозов и 3 (8,1%) в группе смешанных, в преобладающем числе наблюдений сопутствовали легким когнитивным нарушениям (подтвержденным также и по данным анамнеза), которые усугублялись психогенно обусловленным снижением настроения, достигающим выраженности легкого депрессивного эпизода, приближая выраженность когнитивных нарушений к моменту обследования к умеренным.

При обследовании на поставленные вопросы они отвечали многословно, обстоятельно, фиксируясь на несущественных второстепенных признаках, временами недостаточно целенаправленно. Анамнестические сведения излагали непоследовательно, обнаруживая трудности выделения существенного, основные события жизни датировали приблизительно. Старались представить себя с социально желательной стороны, однако тактика поведения и характер высказываний при этом были примитивные и малодифференцированные – они категорически отрицали негативно характеризующие сведения, нивелировали алкогольный анамнез.

Мышление этих обследованных характеризовалось ригидностью со склонностью к конкретизации. Объем и концентрация внимания были снижены.

Продуктивность умственной деятельности невысокая. На фоне утомляемости и истощаемости психических процессов усиливалась раздражительность, снижался уровень ответов, наблюдалась нечувствительность к допущенным ошибкам. Последовательности событий и логические соотношения ими устанавливались, но обнаруживалась поверхностность анализа, недоучет совокупности параметров, фиксация на несущественных признаках с недостаточным целостным осмыслением содержания ситуации. Вместе с тем, отмечался и недоучет реально имеющихся возможностей, сниженное критическое отношение к своим действиям и их последствиям.

Суждения о совершенном деянии у них были поверхностные, эгоцентричные, нередко - противоречивые. При затруднении объяснить свои поступки эти подэкспертные пытались оправдать их, связывая с плохим состоянием здоровья, в то же время предполагая, что «возможно это сделал кто-то другой», определенной тактики защиты не выстраивали, затруднялись самостоятельно принимать решения, особенно касающиеся планирования своего поведения в новых ситуациях, заявляя: «Пускай сажают, ничего страшного».

При затрагивании в процессе экспертного обследования значимых тем, эти подэкспертные становились слезливыми, тревожными, фиксировались на сложившейся ситуации, ее влиянии на дальнейшую судьбу. Отмечалась ранимость в отношении критических замечаний, зависимость состояния и настроения от внешних воздействий, застреваемость на субъективно значимых переживаниях, тенденция к вытеснению отрицательных переживаний в соматическую сферу.

Таким образом, имеющиеся психические расстройства - сочетание легких когнитивных нарушений с выраженными астеническими (которые не нарушают потенциальной УПД) в связи с присоединением психогенно обусловленных аффективных расстройств нарушали полноценное осмысление ситуации и выстраивание последовательной защитной тактики с ее самостоятельной реализацией. Указанные нарушения, влияющие на целевой уровень саморегуляции поведения, в совокупности соответствовали и интеллектуальному, и волевому критерию УПД.

Выраженный, но не достигающий психотического уровня *аффективный синдром*, наблюдался в 5 случаях (9,8%) в группе связанных с приемом ПАВ психозов и в 3 случаях (8,1%) в группе смешанных психозов. Наличие у подэкспертных выраженных проявлений депрессивного синдрома в виде сниженного настроения, стойких идей самообвинения, антивитаальных высказываний или суицидальных мыслей, значительно выраженных идеаторной и моторной заторможенности, волевого ослабления с низкой продуктивностью их деятельности (в совокупности подавляя мотивацию) значимо влияло на осознание и регуляцию поведения. Обследованные абсолютно не были заинтересованы своим процессуальным положением и дальнейшим развитием судебно-следственной ситуации, были безразличны к своей судьбе, их мышление было замедленным, как и их речь, адинамия и подавленность были выражены значительно, их выраженная погруженность в свои переживания нарушали продуктивность контакта. У них выявлялись колебания внимания с субъективными затруднениями поиска и выбора решений, своеобразие восприятия судебно-следственной и экспертной ситуаций с нарушением целостной критической оценки происходящего, эмоциональная лабильность с легкостью дезорганизации. Временами тягостные ощущения неопределенности, предстоящих переживаний и проблем сопровождалась у этих подэкспертных двигательным беспокойством, что также нарушало продуктивность их деятельности.

Эти лица были неспособны к активным действиям по защите своих прав, построению и реализации устойчивой линии поведения, не проявляли инициативы и не отстаивали своих решений, у них преобладала пассивная линия принятия ситуации, а нарушение побудительной мотивационной силы влияло на операционально-технический уровень регуляции.

В то же время, настоящее обследование не выявило у этих подэкспертных существенных нарушений памяти и интеллекта, а мышление при его замедленности в целом было последовательное, у них отмечались просоциальные установки, сохранна смысловая сфера и ценностные ориентиры, однако присоединившееся в условиях психотравмирующей ситуации (как собственно

совершение ООД, так и судебно-следственные действия) аффективное расстройство привело к нарушению актуальной уголовно-процессуальной дееспособности.

В Таблице 10 обобщенно представлены описанные выше симптомокомплексы, нарушающие уголовно-процессуальную дееспособность обследованных лиц.

Таблица 10. Ведущие на СПЭ симптомокомплексы, нарушающие УПД

Нарушена УПД	Нарушают УПД ведущие синдромы		Нарушенный компонент юридического критерия	Группы психозов			Всего	
				Связанные с ПАВ	Смешанные	Органические		
Потенциальная	Психотические	Бредовые	Интеллектуальный	6	-	2	8	
		Галлюцинаторно-бредовые		-	-	3	3	
		Выраженная психическая дезорганизация		1	-	1	2	
	Нецелесообразные	УКН	ПОС	Интеллектуальный +волевой	-	4	-	4
		УКН +эмоционально-волевые нарушения	ПОС апатический вариант		2	-	2	4
			ПОС с выраженной алкогольной деградацией личности		8	1	-	9
			ПОС взрывчатый вариант + аффективные расстройства (дисфорические)		-	6	2	8
Актуальная	Аффективные (депрессивные средней степени)	ПОС астенический вариант + аффективные расстройства (депрессивные)	-	3	3	6		
		Волевой	5	3	-	8		

4.3.2 Психопатологические расстройства, не влияющие на УПД

Ведущие в клинической картине легкие когнитивные нарушения, психопатоподобные и церебрастенические расстройства не оказывали влияния на уголовно-процессуальную дееспособность.

В наблюдениях с ведущими в клинической картине *легкими когнитивными нарушениями* (22 набл., 21,2%) у обследованных преобладали нарушения внимания в виде суженного объема, сниженной концентрации, трудностей сосредоточения, истощаемости, замедленного темпа психической деятельности, что нередко сочеталось с лабильностью эмоциональных проявлений, повышенной сензитивностью. Данные нарушения в некоторых случаях отражались на поведении обследованных при осуществлении ими юридически значимой деятельности: на фоне медленного темпа психических процессов, отвлекаемости, неустойчивости, повышенной утомляемости при даче показаний у них снижалась продуктивность воспроизводимой информации, упущение важных моментов с превалированием несущественных деталей. В некоторых случаях обследованные просили о дополнительных допросах с целью дополнения данных ранее показаний ввиду воспроизведения в памяти упущенных деталей или «важных» сведений. Но в целом, данный ведущий синдром не приводил к нарушению целостной картины судебно-следственной ситуации и не оказывал влияния на возможность самостоятельной реализации процессуальных прав и обязанностей.

Психопатоподобные расстройства как ведущий синдром обнаруживались у 18 подэкспертных (17,3%). В целом, направленность их действий была внешнеобвиняющая и эгоцентрическая (например, в ходе следственных действий писали жалобы, отказывались от подписей, дачи показаний и ознакомления с материалами), а тактика защиты недостаточно продуманной. В ходе экспертизы они в первое время грубых нарушений режима не допускали, в беседах интересовались возможными исходами экспертизы и уголовного дела, их последствиями, однако вскоре начинали тяготиться условиями содержания, становились раздражительны, в беседах часто менялось настроение, единой линии защиты не выстраивали, отказывались беседовать о содеянном или выдвигали не соответствующую ранее данным показаниям защитную версию. При этом, в судебно-следственной ситуации у них отмечалась достаточно хорошая осведомленность и ориентированность. Их показания в ходе следствия были

подробные и последовательные, с приведением как реальных фактов, так и в той или иной степени психопатологической симптоматики.

При ведущем *церебрастеническом синдроме* (6 набл., 5,8%) в период пребывания на экспертизе у обследованных преобладали нерезко выраженные утомляемость, аффективная лабильность, ослабление инициативы, при этом они были хорошо ориентированы в судебно-следственной ситуации, демонстрировали способность к реализации своих прав и обязанностей в ходе проведенных процессуальных действий, и выстраивали план защиты.

Таким образом, поведение в ходе предварительного следствия и в период проведения экспертизы лиц с ведущими легкими когнитивными, психопатоподобными и церебрастеническими расстройствами свидетельствовало о сохранности их потенциальной и актуальной УПД. Распределение вышеописанных синдромов по группам представлено в Таблице 11.

Таблица 11. Обвиняемые с сохранной УПД в период экспертизы

Сохранная УПД		Группы психозов			Всего
		Связанные с ПАВ	Смешанные	Органические	
Не нарушающие УПД ведущие синдромы	Легкие КН	9	10	3	22
	Психопатоподобный	14	4	-	18
	Церебрастенический	3	3	-	6
Без психических расстройств на период СПЭ		3	3	-	6
Всего УПД		29	20	3	52

4.3.3. Прогностический этап оценки УПД

На данном этапе необходимо оценивать динамику психопатологических синдромов, которые нарушают уголовно-процессуальную дееспособность. При оценке прогностической УПД производится сопоставление полученных на предыдущих этапах данных (потенциальная и актуальная УПД) на способность участия в предстоящих судебно-следственных действиях.

В случаях, когда нарушение потенциальной УПД в ходе презентальной оценки было обусловлено выраженной негативной психопатологической симптоматикой – умеренными когнитивными нарушениями и выраженными эмоционально-волевыми расстройствами в структуре психоорганического синдрома, говорить о возможной положительной динамике и восстановлении нарушенных функций не представляется возможным, ретроспективная и прогностическая оценка актуальной УПД представляется избыточной.

В тех случаях, когда нарушение УПД обусловлено наличием продуктивной психопатологической симптоматики - ее психотических вариантов (бредовый, галлюцинаторно-бредовый синдромы, общая дезорганизация психической деятельности), а также наличием психогенно обусловленной аффективной симптоматики - необходимо оценивать остроту и динамику имеющихся расстройств, вероятность их редукции.

В большинстве наблюдений с бредовыми и галлюцинаторно-бредовыми синдромами в период СПЭ анализ динамики расстройств в судебно-следственной ситуации свидетельствовал о том, что тенденция к быстрому регрессу продуктивной психотической симптоматики отсутствовала, симптоматика была устойчива, часто монологична, сочеталась с нарушениями мышления. У обследованных с дезорганизацией психической деятельности с учетом глубины и тяжести состояния спрогнозировать дальнейшее течение расстройства также не представлялось возможным. Таким образом, при нарушенной потенциальной УПД совпадают с презентальной и остальные этапы оценки (ретроспективная, прогностическая).

При нарушении актуальной УПД ввиду реактивных аффективных или, реже, галлюцинаторно-бредовых расстройств, которые развились у подэкспертных как реакция на судебно-следственную ситуацию, возможно восстановление уголовно-процессуальной дееспособности, когда вышеуказанные психические нарушения на фоне терапии или самостоятельно подвергнутся обратному развитию вплоть до полного исчезновения.

В случае, когда при презентальной оценке выявляются такие симптомокомплексы, которые не влияют на способность активного участия в судебно-следственных действиях, прогностическая уголовно-процессуальная дееспособность аналогична актуальной.

Таким образом, у лиц, перенесших в период ООД экзогенно-органический психоз, психические расстройства ко времени проведения СПЭ могут полностью редуцироваться, могут быть представлены расстройствами психотического или непсихотического уровня.

Оценка уголовно-процессуальной дееспособности на разных ее этапах включает в первую очередь определение ведущего синдрома (симптомокомплексов), которые могут нарушать различные уровни саморегуляции (целевой/смысловой), что может приводить к нарушению потенциальной или актуальной УПД.

Нарушения смыслового уровня саморегуляции констатируются при следующих симптомокомплексах:

- бредовый или галлюцинаторно-бредовый синдром и синдром выраженной дезорганизации психической деятельности (продуктивная психотическая симптоматика);

- умеренные когнитивные нарушения (предементные) – негативная симптоматика;

Целевой и смысловой уровни регуляции одновременно нарушены при сочетании УКН в структуре психоорганического синдрома с выраженными эмоционально-волевыми нарушениями (апатические, эксплозивные), сочетании УКН с эмоционально-волевыми расстройствами в структуре выраженной алкогольной деградации личности; преимущественно целевой уровень нарушен при выявлении депрессивного синдрома средней степени выраженности, собственно целевой - при наличии психогенно-обусловленной депрессивной симптоматики (легкой степени) при наличии астенического варианта психоорганического синдрома.

4.4 Оценка способности давать показания

При проведении СПЭ экспертам часто отдельно адресуются вопросы о способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать показания, при этом данная способность хоть и включена в понятие процессуальной дееспособности, но в то же время является отдельной задачей исследования.

В отношении обвиняемых данный вопрос особенно важен с учетом того, что порой показания обвиняемого бывают единственным источником информации по делу (Горинов В.В., Корзун Д.Н. и др., 2017).

В ходе оценки способности к даче показаний, как и способности в целом участвовать в судебно-следственных действиях, проводится выделение юридически значимых психопатологических нарушений и анализ поведения обследованных в судебно-следственной ситуации – как были изложены обстоятельства произошедшего в допросах, в ходе экспертизы, наличие расхождений и выявление причин. Принципы оценки способности к даче показаний сводятся к тому же, что и при оценке УПД: определяется потенциальная и актуальная способность, производится презентальная, ретроспективная и прогностическая оценки.

Для дачи показаний негласным обязательным условием является наличие фактической возможности подследственного адекватно воспринимать имеющую значение для дела информацию, запоминать и воспроизводить ее – в противном случае сообщаемая подэкспертным информация перестает быть надежным источником, и его показания не могут использоваться в качестве доказательства по делу (Ткаченко А.А., Корзун Д.Н., 2016).

В ходе оценки СДП в отношении лиц, которые в период совершения общественно опасного деяния находились в состоянии острого психоза, необходимо учитывать, что собственно в период ООД и происходит восприятие и фиксация информации, о чем в последующем подэкспертные будут давать показания. Также немаловажно психическое состояние, которое будет выявлено на разных этапах следственных действий – в этот момент важна способность к

воспроизведению информации. Анализ СДП включает как оценку внешней (восприятие событий на уровне чувственного осознания – предметы, действия и их последовательность), так и внутренней стороны (содержание действий, включающее как их характер, так и значение) событий периода ООД (Ткаченко А.А., Корзун Д.Н., 2016; Горинов В.В., Корзун Д.Н., Васюков С.А. и др., 2017).

СДП нарушали *психотические расстройства*, обнаруживаемые на презнатльном этапе. В соответствии с вышеописанными механизмами нарушения УПД - неспособность правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них показания, обусловлена болезненными патологическими переживаниями с искажением и нарушением интерпретации реальности (применительно к судебнo-следственной ситуации, СПЭ) с доминированием патологических мотивов деятельности (поражение смыслового уровня) и, опосредованно, нарушениями целевого уровня. Эти лица либо не передавали картину происшедшего в период ООД из-за непродуктивности контакта, либо их описания и показания, данные в ходе следствия, отражали преимущественно болезненные переживания и не содержали последовательных сведений о реально происходивших событиях.

Умеренные когнитивные нарушения, препятствовавшие полноценному осмыслению сложившейся ситуации, влияли на все звенья операционально-технического уровня саморегуляции, не позволяя подэкспертному понять цель дачи показаний о моменте ООД, что влечет за собой невозможность моделирования условий достижения этой цели, составления программы необходимых действий, а нарушение критики не позволяет адекватно оценивать результат и корректировать деятельность.

Анализ показаний, данных этими лицами в ходе следствия, показал, что нередко эти обследованные не помнили часть событий, не могли назвать продолжительность и последовательность некоторых событий, присутствие в период ООД и действия других лиц. Показания их были скудными, фрагментарными, из-за ссылок на запомывание и неспособность установить причинно-следственные связи - малоинформативными, раз от раза отличаясь не

только деталями, но и объяснением причины ООД. Либо в случаях, когда в материалах дела имелись показания, содержащие относительно последовательное описание событий ООД, отказывались от них, заявляя, что «такого не могло быть», «ничего не признавал».

Нарушение способности давать показания в ходе презентальной оценки можно было констатировать и у лиц с *депрессивными расстройствами*, которые оказывали влияние на мотивационный (смысловой) уровень, на побудительную активность обвиняемых, влияющую в свою очередь на все звенья операционально-технического уровня саморегуляции, что в ходе экспертизы проявляется как пассивность, безразличие к исходу судебно-следственной ситуации, отказ от детального обсуждения момента ООД.

В ходе следствия и в период СПЭ эти обследованные давали краткие показания, полностью соглашаясь с обвинением, при этом не указывая никаких подробных деталей произошедшего: «Я убил его», «Сделал то, что написано в обвинении», в других случаях отказывались от дачи показаний, лишь признавая вину, заявляя, что его жизнь «кончена», «виноват и должен быть наказан», иногда – давали подробные показания, в которых преобладала психологизация собственного поведения, поиски возможных причин с тенденцией к самообвинению, при этом собственно понимание смысла судебно-следственной ситуации, установление причинно-следственных связей было нарушено, обследованные погружались в свои переживания, считали, что заслуживают наказания, или что «в жизни больше нет смысла».

У подэкспертных, которых в ходе презентальной оценки не было выявлено психотических, умеренных когнитивных или выраженных депрессивных расстройств, нарушающих СДП, следующим этапом экспертной оценки был ретроспективный анализ, нацеленный на оценку актуальной способности обвиняемых давать показания непосредственно о событиях ООД.

С учетом специфики выборки (все подэкспертные совершили ООД в психотическом состоянии) актуальная способность давать показания относительно момента совершения ООД у всех обследованных была нарушена вследствие

наличия психотической симптоматики в тот период, что во всех случаях нарушало их способность понимать *внутреннюю сторону событий*.

Способность воспринимать и в последующем воспроизводить хотя бы внешнюю сторону событий ООД зависела от клинических особенностей психотического состояния, отмечавшегося в период совершения инкриминируемого деяния.

Анализ способности давать показания при соотнесении с ведущим в период ООД психопатологическим синдромом показал, что все подэкспертные из группы смешанных психозов и половина (8 набл., 50%) - из группы органических не могли давать показания о периоде ООД из-за тотальной амнезии событий периода помраченного сознания (сумеречного или делириозного), что лишало подэкспертных способности воспроизводить соответствующую информацию. В отдельных случаях (3 наблюдения в группе смешанных и 2 в группе органических) амнезия не была тотальной, но практически все воспоминания обследованных касались их психопатологических переживаний.

В группе психозов, связанных с приемом ПАВ, протекавших с помрачением сознания (делириозным и делириозно-онейроидным), в 3 случаях отмечалась тотальная амнезия периода ООД и в 15 – парциальная. При этом сохранившиеся у подэкспертных воспоминания также преимущественно касались психопатологических переживаний, а сами подэкспертные в период СПЭ к перенесенному психозу оставались не критичны (не сомневались, что угрожавший им «голос» принадлежал потерпевшему, настаивали, что вместо убитой женщины был «страшный мужик», уверяли, что окружавшие их лица были в сговоре).

В редких случаях, при парциальной амнезии ООД, когда у подэкспертных имелась частичная критика к перенесенному психозу, и они пытались формально изложить последовательность событий, описания их все равно оказывались фрагментарны, часть описанного отличалась от данных свидетелями и потерпевшими показаний, а дальнейшие допросы самих подэкспертных отличались от первоначальных ввиду частичного амнезирования. В отношении этих лиц давалось заключение, что они способны правильно воспринимать

обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них показания, *однако не способны давать показания непосредственно об обстоятельствах инкриминируемого деяния.*

В отдельных случаях (при отсутствии в момент ООД сумеречного или делириозного помрачения сознания, наличии к периоду СПЭ хотя бы формальной критики к перенесенному психозу и отсутствии амнезии периода ООД) подэкспертные *могли давать показания о внешней стороне периода общественно-опасного деяния.*

В 2 наблюдениях при ПАВ-индуцированных психозах с онейроидным помрачением сознания подэкспертные с первого допроса на следующий после ООД день последовательно, подробно и, как показал анализ других материалов дела, достаточно точно воспроизводили имевшие место события, свои действия и действия потерпевших, перемежая их описанием своих психопатологических переживаний, что позволяло в целом воспроизвести картину происшедшего. У этих обвиняемых, как и у лиц с аффективно-бредовыми психозами в момент ООД, которые также подробно и последовательно передавали практически все свои действия и действия окружающих, могло быть дано заключение о способности давать показания о внешней стороне событий ООД.

В наблюдениях с преимущественно галлюцинаторными, преимущественно бредовыми и полиморфными галлюцинаторно-бредовыми психозами, обвиняемые в ряде случаев (при наличии формальной критики к перенесенному психозу и отсутствии амнезии периода ООД, например, в связи с состоянием острой алкогольной интоксикации) также могли передавать внешнюю сторону событий: они сообщали о месте своего нахождения, могли описать окружающую обстановку, присутствующих лиц, припоминали содержание разговоров со свидетелями и потерпевшими наряду со своими психопатологическими переживаниями, о которых говорили «мне показалось», «почему-то решил» (Приложение А).

При даче заключения о способности подэкспертного давать показания, также как и при формировании вывода о способности участвовать в судебном следственных действиях следует учитывать, что ряд подэкспертных с сохранной в

период экспертизы УПД ко времени производства по уголовному делу еще не вышли из психотического состояния. В ходе допросов они давали формальные краткие показания, ссылаясь на запятование или фрагментарность воспоминаний, в части случаев отказывались от дачи показаний без объяснения причин или меняли показания. Вначале соглашаясь с показаниями свидетелей или потерпевших, затем отказывались от них, могли давать непоследовательные показания, отражающие не реальные события, а их собственные психопатологические переживания – «меня преследовали», «я боялся, что меня убьют», «там кричали люди, им было страшно, я хотел их спасти».

По выходу из психотического состояния к периоду проведения СПЭ у данных подэкспертных восстановилась нарушенная ранее способность к даче показаний, и с данного момента они могут воспроизводить внешнюю сторону событий периода ООД (в целом последовательно передают главные события и последовательность действий).

Подводя итоги, следует указать, что оценка СДП предполагала последовательный анализ психического состояния подэкспертного на презентальном и ретроспективном этапах, и констатацию симптомокомплексов, приводящих к нарушению этой способности. У обвиняемых, находящихся в период совершения ООД в остром психотическом состоянии экзогенно-органической природы, исключали потенциальную СДП выявленные на презентальном этапе оценки ведущие актуальные в период СПЭ психотические расстройства (бредовые, галлюцинаторно-бредовые синдромы, выраженная психическая дезорганизация), УКН и аффективные нарушения в рамках депрессивного эпизода средней степени выраженности. Актуальную способность к даче показаний непосредственно о событиях периода ООД нарушали выявленные грубые нарушения критики (полное отсутствие критического отношения к перенесенному психозу) и делириозное/сумеречное помрачение сознания в период ООД с выраженной амнезией и превалированием патологических болезненных переживаний в памяти подэкспертных.

Глава 5

ОЦЕНКА ПОТЕНЦИАЛЬНОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОПАСНОСТИ И ВЫБОР ВИДА ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА

5.1 Оценка потенциальной общественной опасности лиц, совершивших ООД в состоянии экзогенного психоза

В соответствии с ч. 2 ст. 97 УК РФ, для применения принудительной меры медицинского характера (ПММХ) является основанием психическое расстройство обвиняемого, которое связано с возможностью причинения им иного существенного вреда или опасностью для себя и других лиц, что обуславливает его потенциальную опасность. При этом данный факт в ходе следствия подлежит доказыванию (п. 5 ч.2 ст. 434 УПК РФ).

Под общественной опасностью психически больного понимают такое психическое состояние, при котором психопатологические проявления определяют неправильное, неадекватное существующей ситуации поведение, в результате которого может быть нанесен вред окружающим или самому больному (Макушкина О.А., Дмитриев А.С., Винникова И.Н., 2019). Традиционно общественная опасность подэкспертного анализируется с точки зрения многофакторной концепции механизмов формирования общественно-опасных действий (Кондратьев Ф.В., 1984) «синдром-личность-ситуация» и концепции психопатологических механизмов ООД (Мальцева М.М., Котов В.П., 1995).

При оценке потенциальной опасности на СПЭ проводится анализ ряда разнородных факторов. С учетом специфики выборки обследованных, совершивших ООД в психотическом состоянии, что сводит роль фактора «ситуации» к минимальной, наиболее значимыми из факторов, подлежащих анализу, представляются клинико-психопатологические и социально-психологические.

В специальной литературе отмечается важность правильной квалификации состояния пациента, выраженности имеющейся психической патологии, учет

формы течения, этапа заболевания, структуры ведущего синдрома, фабулы бреда и т.д. Для правильной оценки потенциальной общественной опасности больного имеют значение его преморбидные особенности, исходные качества личности, наличие асоциальных или антисоциальных установок, сформированных еще на доболезненном этапе, нравственные ценности, опыт, накопленный в процессе формирования личности. Немалую роль играют и факторы микросоциального окружения. Считается, что роль влияния асоциального окружения как фактора риска общественно опасного поведения особенно возрастает при наличии в клинической картине психопатоподобных расстройств и интеллектуальной несостоятельности. Отдельно подчеркивается такой фактор риска общественно опасного поведения, как употребление ПАВ (Макушкина О.А., 2016, 2017; Макушкина О.А., Дмитриев А.С., Винникова И.Н., 2019).

В ходе проведенного исследования с точки зрения опасности лица для себя и окружающих оценивалось актуальное психическое состояние подэкспертного, далее анализировались динамика состояния от ООД до СПЭ, клинико-динамические характеристики фоновой психической патологии при ее наличии, данные о злоупотреблении ПАВ, что позволяло судить о прогнозе течения психического расстройства. Далее по данным анамнеза проводился анализ социально-психологических факторов – личностные установки, склад характера, особенности межличностного взаимодействия, микросреда и другие. Для разработки рекомендаций по оценке потенциальной общественной опасности и выбора ПММХ все полученные сведения с учетом выявленных особенностей исследуемых групп на этапах анализа заключений сопоставлялись с имеющимися выработанными критериями оценки факторов риска общественной опасности и рекомендаций по принудительным мерам медицинского характера (Макушкина О.А., Котов В.П., Мальцева М.М., Яхимович Л.А. и др., 2021).

С учетом специфики выборки обследованных, во всех случаях совершивших ООД по продуктивно-психотическим психопатологическим механизмам, важно учитывать вероятность повторения психотического состояния.

По результатам анализа выборки обследованных, только в 3 наблюдениях подэкспертные *не представляли общественной опасности* – один случай в группе связанных с приемом ПАВ психозов (1%), два других – в группе смешанных психозов (1,9%). Вывод об отсутствии потенциальной опасности, а следовательно, и отсутствии необходимости в прохождении принудительного лечения, был обусловлен сочетанием трех факторов – полным разрешением до этапа проведения СПЭ психотического состояния, которое отмечалось в период совершения общественно-опасного деяния, отсутствием какой-либо иной психической патологии, у подэкспертных выявлялись только легкие церебрастенические явления как следствие перенесенного экзогенного психоза. Во всех трех случаях подэкспертные оценивали произошедшее как «болезненное состояние», раскаивались в случившемся и были настроены «извиниться», «компенсировать причиненные страдания»; «был в ужасе от случившегося и настроен никогда больше не употреблять спиртное» - то есть у них сформировалась критика к перенесенному психотическому состоянию.

Данные психозы были представлены патологическим опьянением и сумеречным помрачением сознания на фоне употребления алкоголя (варианты смешанных психозов), и делириозным помрачением сознания в результате однократного приема ПАВ, при этом прием ПАВ был разовым, признаков злоупотребления ПАВ не выявлялось (в одном случае длительное время не пил вообще, был «профилактически» закодирован в связи с особенностями трудовой деятельности, двое других выпивали только по праздникам).

В анамнезе у данных обследованных не было ранее привлечений к уголовной ответственности, по характеру во взрослом возрасте они отличались выраженным спокойствием, они были длительно трудоустроены, женаты, отношения в семье свидетелями описывались как хорошие, выявлялись просоциальность установок и ориентация на социальные нормы и правила поведения. В этих случаях экспертные комиссии приходили к заключению, что *«поскольку инкриминируемое деяние совершено в состоянии временного психического расстройства, не имеющего тенденции к повторению, а в настоящее время не обнаруживается психического*

расстройства, связанного с возможностью причинения иного существенного вреда и опасностью для себя и других лиц, в принудительном лечении подэкспертный не нуждается».

В остальных случаях потенциальная опасность лиц с экзогенно-органическими психозами на период ООД связана со следующими клиническими факторами (Таблица 12).

Таблица 12. Клинические факторы, обуславливающие потенциальную общественную опасность подэкспертных в данном исследовании*

Клинические признаки	Группы психозов			Всего
	Связанные с ПАВ	Смешанные	Органические	
Психотические расстройства на момент обследования	7 (13,7%)	0	6 (37,5%)**	13 (12,5%)
Сочетание выраженных когнитивных и психопатоподобных нарушений (ПОС)	10 (19,6%)**	14 (37,8%)	7 (43,8%)	31 (29,8%)
Аффективные расстройства (депрессивные, дисфорические)	5 (9,8%)**	12 (32,4%)	5 (31,3%)	22 (21,2%)
Психопатоподобные (включая изменения личности вследствие употребления ПАВ)	22 (43,1%)**	5 (13,5%)	0	27 (26%)
Наличие зависимости от ПАВ или пагубное употребление ПАВ	47 (92,2%)**	13 (35,1%)	1 (6,3%)	61 (58,7%)
Психотические расстройства на фоне употребления ПАВ в анамнезе	26 (51%)**	6 (16,2%)	2 (12,5%)	34 (32,7%)
Некритичность к перенесенному психозу	46 (90,2%)	17 (45,9%)**	13 (81,3%)	76 (73,1%)

* - сумма показателей в столбцах превышает 100%, т.к. у большинства обследованных присутствовали несколько признаков.

** - статистически значимые различия.

Как видно из Таблицы 12, в группе связанных с приемом ПАВ психозов наиболее значимым признаком потенциальной опасности, отличающим ее от других групп подэкспертных, был сформированный синдром зависимости от ПАВ (47 набл., 92,2%), который в части случаев сочетался с клинически выраженным ОПР (10 набл., 19,6%), включающим когнитивные нарушения различной выраженности. Отдельно следует отметить, что фактором потенциальной

опасности выступает обстоятельство перенесенных ранее (по данным анамнеза) психозов на фоне приема ПАВ (26 набл., 51%) – можно предположить наличие тенденции к их повторению с отсутствием критики к данному факту, усугубляемые влечением к приему ПАВ несмотря на негативные последствия. Некритичность к перенесенному в период ООД психозу наблюдалась у 46 (90,2%) обследованных. Ведущие в клинической картине психопатоподобные нарушения, включая изменения личности в связи с употреблением ПАВ (22, 43,1%), также определяли высокий риск общественной опасности в связи с повышенной возбудимостью, расторможенностью влечений, сужением круга интересов, внешнеобвиняющим отношением к действительности, что в большинстве случаев обуславливало нарушение трудовой, семейной и бытовой адаптации, и в ряде случаев дополнительно отягощалось социально-психологическими факторами в виде криминального опыта, асоциального окружения, антисоциальных установок.

Обуславливали опасность подэкспертных для себя и других лиц также наличие в период СПЭ актуальной психотической симптоматики (7 набл., 13,7%) – как в случае затяжного течения наркотических психозов, так и при реактивных аффективных состояниях (5 набл., 9,8%).

В группе органических психозов актуальная психотическая симптоматика обуславливала общественную опасность обследованных значительно чаще, чем в группе связанных с приемом ПАВ психозов (тогда как в группе смешанных психозов актуальной психотической симптоматики не обнаруживалось вообще) - 6 случаев (37,5%; $p=0,03$), что связано с тенденцией к затяжному течению у психозов данной группы, выраженностью ОПР (7 набл., 43,8%) и его динамичностью с легкостью формирования аффективных расстройств (5 набл., 31,3%). Помимо тенденции к декомпенсациям, которая характерна для ОПР при воздействии дополнительных экзогенных вредностей, ухудшение состояния с рецидивом психоза могло быть связано с динамикой сопутствующей соматической патологии, которая в данной группе представлена наиболее широко. В этой группе отмечался также высокий процент подэкспертных, некритичных к перенесенному в период ООД психозу (13 набл., 81,3%).

В группе смешанных психозов актуальное психическое состояние ни в одном случае не включало психотическую симптоматику, так как все психозы были кратковременными, психическое состояние на СПЭ характеризовалось различной выраженности психоорганическими (14 набл., 37,8%), аффективными (12 набл., 32,4%), психопатоподобными нарушениями (5 набл., 13,5%). У большинства обследованных была выражена в той или иной мере патологическая почва в виде различных соматических заболеваний и состояний, которую можно учитывать как фактор риска повторного развития психозов, в ряде случаев имелись указания на злоупотребление или зависимость от ПАВ (13 набл., 35,1%). В отличие от других групп, в группе смешанных психозов было наименьшее число лиц, полностью не критичных к перенесенному психозу (17 набл., 45,9%; $p=0,01$).

Таким образом, при оценке общественной опасности в данной выборке обследованных наиболее значимыми параметрами оказались наличие в актуальном психическом состоянии психотических или выраженных аффективных расстройств, что было связано с непосредственной опасностью подэкспертного для себя и других лиц. При обосновании потенциальной опасности значимыми параметрами являлись не критичность к перенесенному психозу (76, 73,1%), наличие зависимости от ПАВ или их пагубного употребления (61, 58,7%), наличие в анамнезе психотических расстройств на фоне употребления ПАВ (34, 32,7%), выраженность органического психического расстройства (31, 29,8%) и его динамичность (склонность к декомпенсациям состояния), наличие выраженных психопатоподобных расстройств, в том числе изменений личности в связи с употреблением ПАВ (27, 26%),

Экспертный вывод о потенциальной опасности лица в связи с наличием у него психического расстройства обуславливает необходимость рекомендации ему определенной принудительной меры медицинского характера, выбор вида которой становится следующим этапом решения данной экспертной задачи.

5.2 Выбор вида принудительного лечения

При выборе необходимой и достаточной меры принудительного лечения основная цель - это предотвращение совершения новых ООД, для чего лицу проводятся лечебные и реабилитационные мероприятия. При проведении обследования и выборе рекомендуемой ПММХ проводится анализ клинических факторов и социально-психологических, которые при взаимодействии могут обусловить формирование механизма ООД (Котов В.П., Голланд В.Б., Мальцева М.М., Яхимович Л.А., 2011). Алгоритм принятия решения о выборе ПММХ представляет собой целостный анализ совокупности клинических (с учетом психопатологического механизма совершения ООД), личностных и социальных показателей (Макушкина О.А., Дмитриев А.С., Винникова И.Н., 2019).

В Таблице 13 представлено распределение подэкспертных по виду рекомендованных им ПММХ: амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра (АПНЛ); принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, общего типа (ПБ общего типа); принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа (ПБ спец типа); принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа с интенсивным наблюдением (ПБСТИН).

Таблица 13. Рекомендованный вид ПММХ

Группа \ Вид ПММХ	Смешанные психозы (n=37)	Связанные с приемом ПАВ психозы (n=51)	Органические психозы (n=16)	Всего (n=104)
Не назначалось	2 (5,4%)	1 (2%)	0 (0%)	3 (2,9%)
АПНЛ	5 (13,5%)	2 (3,9%)	1 (6,3%)	8 (7,7%)
ПБ общего типа	11 (29,7%)	8 (15,7%)	4 (25%)	23 (22,1%)
ПБ спец типа	19 (51,4%)	38 (74,5%)	9 (56,2%)	66 (63,5%)
ПБСТИН	0 (0%)	2 (3,9%)	2 (12,5%)	4 (3,8%)

Как видно из Таблицы 13, наиболее частым видом рекомендованной ПММХ являлось направление в психиатрический стационар специализированного типа (66 набл., 63,5%). Значительно реже обследованным рекомендовалось лечение в стационаре общего типа (23 набл., 22, 1%), еще более редкими мерами оказались АПНЛ (8 набл., 7,7%) и направление в ПБСТИН (4 набл., 3,8%). Статистически значимых различий групп по этому параметру не было.

В отношении 3 подэкспертных не обнаруживалось оснований для назначения им ПММХ, и было вынесено решение, что их психическое расстройство не связано с возможностью причинения ими иного существенного вреда и опасностью для себя и других лиц.

Решение *о рекомендации принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением* выносилось в отношении 4 обследованных (3,8%) - два случая в группе органических, два – в группе связанных с приемом ПАВ.

В группе органических психозов ПЛ в ПБСТИН рекомендовалось в связи с тяжестью состояния в период СПЭ: при наличии психотического состояния в период СПЭ в одном наблюдении с дезориентацией в окружающем, отсутствием продуктивного контакта, непоследовательностью и разорванностью мышления, эпизодами психомоторного возбуждения, агрессивностью, негативистичностью, импульсивностью, в другом – стойкими суицидальными тенденциями, наличием обманов восприятия, диссимуляцией имеющихся расстройств, грубыми нарушениями мышления, парадоксальностью эмоций, импульсивными поступками.

В группе психозов, связанных с приемом ПАВ, показанием для рекомендации ПБСТИН был грубый психопатоподобный синдром, систематическое грубое нарушение режима отделения, нетерпимость, конфликтность со склонностью к непосредственной разрядке возникающего напряжения, в том числе в гетеро- и аутоагрессивных реакциях, обусловленные наличием помимо зависимости от ПАВ органического расстройства личности сложного генеза.

Из анамнестических сведений, значимыми для рекомендации ПБСТИН были низкий интеллектуальный уровень с выраженной психопатоподобной симптоматикой, девиантным поведением в подростковом возрасте и пренебрежением социальными нормами поведения во взрослом, сформированная зависимость от ПАВ, наличие органического расстройства личности сложного генеза, неудовлетворительная социальная адаптация на протяжении жизни, конфликтность, агрессивность, привлечения ранее к уголовной ответственности за агрессивные противоправные деяния.

Решение *о рекомендации принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях* выносилось в отношении 8 обследованных (7,7%). Все подэкспертные к моменту проведения СПЭ из острого психотического состояния вышли, у них сформировалось различной выраженности критическое отношение к перенесенному психозу, однако в актуальном психическом состоянии имели место легкие проявления фонового психического расстройства, отмечалось наличие патологической почвы, обуславливающей вероятность повторного возникновения психотических расстройств, или указания на подобные состояния в анамнезе.

В группе органических психозов такое решение выносилось в отношении одного обследованного (1%): после перенесенного на период ООД кратковременного психоза по типу простого сумеречного помрачения сознания (в отсутствие провокации ПАВ, чистого органического генеза) из него подэкспертный вышел, но актуальное психическое состояние было обусловлено наличием фонового психического расстройства в виде «органического эмоционально-лабильного расстройства», обусловленного перенесенной им в детском возрасте травмой головы, которое проявлялось к моменту проведения СПЭ церебрастенической симптоматикой с повышенной утомляемостью, истощаемостью, склонностью к обстоятельности мышления, такими чертами характера, как ранимость, некоторая возбудимость, недостаточная гибкость поведения, эгоцентричность. Важно также, что в анамнезе подэкспертный уже переносил несколько эпизодов с такими состояниями, когда он не помнил, что

происходило в течение нескольких минут, что является дополнительным отягощающим фактором.

В группе связанных с приемом ПАВ психозов таких обследованных было двое (1,9%) – психозы в обоих случаях были следствием приема каннабиноидов, сопровождались затяжным течением (1 и 3 месяца), однако ко времени проведения СПЭ полностью разрешились с формированием достаточной критики. Актуальное психическое состояние в одном случае было обусловлено церебростеническими проявлениями на фоне ОЭЛР, развившегося в результате полученной незадолго до развития психоза черепно-мозговой травмы - выявлялись эмоциональная неустойчивость с раздражительностью, вспыльчивостью, фоновой тревогой при снижении волевого контроля над эмоциональными проявлениями при изначально свойственных подэкспертному повышенном чувстве справедливости, склонности к доминированию, ориентации на собственные оценки и мнения. Во втором случае подэкспертному устанавливался фоновый диагноз, связанный с эпизодическим употреблением каннабиноидов, и его состояние характеризовалось склонностью к формированию психопатоподобных нарушений в виде недостаточности адаптивных способностей, категоричности и максимализма в оценках, требовательности к окружающим, недостаточной гибкости поведения с отстаиванием своих принципов, избирательности в выборе взаимодействий, избегания стойких привязанностей, сосредоточенности на имеющихся проблемах и интересах, внутренней напряженности, тревоги и ощущения страха с ожиданием неуспеха и неудач, недостаточности ориентации в социально значимых и эмоционально значимых аспектах в межличностном взаимодействии. Таким образом, в одном случае имеется усугубление проявлений ОЭЛР на фоне перенесенного психоза как существующей патологической почвы для вероятного повторения психоза, а во втором – эпизодическое употребление каннабиноидов с формированием психопатоподобных нарушений как потенциальный фактор риска развития повторного психоза.

В группе смешанных психозов решение о назначении АПНЛ принималось в отношении 5 (4,8%) обследованных. Кратковременные психозы во всех случаях

имели картину сумеречного помрачения сознания на фоне употребления алкоголя или были представлены собственно патологическим опьянением, и после разрешения сопровождались формированием критики к перенесенному состоянию. Подэкспертные выражали удивление, описывали перенесенный психоз следующим образом: «какое-то не такое состояние», «необычное состояние», «что-то было со мной ненормальное», испытывали страх, что такое состояние может повториться. В четырех случаях актуальное психическое состояние было обусловлено наличием ведущей церебрастенической симптоматикой в рамках ОЭЛР (2 случая) или постпсихотической церебрастении (2 случая) в виде утомляемости, эмоциональной лабильности, перепадов настроения, головных болей, некоторой вспыльчивости с чертами аффективной ригидности, трудностей концентрации внимания, рассеянности, а в одном случае – сочетанием церебрастении с нерезко выраженными когнитивными нарушениями в виде склонности к застреваемости мышления, снижения памяти как проявление «посткоммоционного синдрома». Во всех случаях отмечалось наличие умеренно выраженной патологической почвы, которая была обусловлена либо перенесенными травмами головы, либо соматическими заболеваниями, такими как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь, сахарный диабет.

Из анамнестических сведений значение имели отсутствие криминального опыта и грубых патохарактерологических личностных черт, просоциальность установок, устойчивость межличностных взаимодействий со стабильными семейными отношениями и трудоустроенностью, а также отсутствие указаний на злоупотребление психоактивными веществами.

Таким образом, особое внимание при назначении данного вида ПММХ уделялось актуальному психическому состоянию, которое было обусловлено либо наличием нерезко выраженной церебрастенической симптоматики, либо, реже, легких психопатоподобных проявлений, а также, что более важно, наличию факторов, обуславливающих вероятность повторения психозов - наличие патологической почвы в виде соматических заболеваний или последствий перенесенных травм головы, а также фактору возможного употребления ПАВ.

Рекомендация *принудительного лечения в ПС общего типа* была дана в 23 случаях (22,1%). В группе смешанных психозов их было 11 (10,6%), преобладали подэкспертные, перенесшие кратковременный психоз (патологическое опьянение, патологическое просоночное состояние, сумеречное помрачение, вызванное употреблением алкоголя), и имеющие фоновое заболевание в виде органического расстройства личности – у них чаще всего при проведении СПЭ выявлялся психоорганический синдром (эксплозивный или апатический вариант). Его проявления были представлены в аффективной неустойчивости с раздражительностью, напряженностью, сензитивностью, тревожностью и ригидностью, либо безучастностью, значительным замедлением темпа психической деятельности. Несколько реже в его структуре преобладали когнитивные нарушения (мнестические расстройства, патология мышления), и еще реже – аффективный синдром со снижением настроения, в одних случаях идеаторно-психомоторной заторможенностью, в других – ажитированными состояниями в сочетании с аутогарессивными, даже суицидальными мыслями и тенденциями. Также были обследованные, у которых клинические проявления ограничивались эмоционально-лабильным расстройством органического генеза – выраженные церебрастения с перепадами настроения, метеочувствительность, утомляемость, рассеянность в сочетании с некоторым снижением памяти и застреваемостью мышления. Один обследованный имел диагноз только синдрома зависимости от алкоголя, один – ОРЛ и синдрома зависимости от алкоголя, когда на первый план выступали психопатоподобные нарушения в виде повышенной эксплозивности, импульсивности, аффективной напряженности, конфликтности, раздражительности с некоторым мнестико-интеллектуальным снижением; в одном случае отмечалась неустойчивость состояния с частыми аффективными реакциями – спонтанно становился злобным, грубым в отношении мед. персонала. Часто критическое отношение к перенесенному состоянию отсутствовало или было сформировано формально, некоторые даже отрицали свою вину и причастность, потому что «ничего не помнили» и «не чувствовали вины».

В группе связанных с приемом ПАВ психозов отмечалось 8 случаев (7,7%) назначения ПЛ в психиатрическом стационаре общего типа. Фоновый диагноз «синдром зависимости от ПАВ» устанавливался в 5 случаях, одному подэкспертному устанавливался диагноз «пагубное (с вредными последствиями) употребление», а психотическое состояние развилось в результате случайного употребления стимулятора, в одном – фоновое органическое расстройство личности, психоз - следствие употребления синтетических каннабиноидов, в одном - устанавливался только диагноз затяжного психотического расстройства (каннабиноидного), из которого к моменту СПЭ подэкспертный не вышел. На период СПЭ психическое состояние подэкспертных отличалось: в одном случае в состоянии преобладала аффективная симптоматика - был напряжен, тревожен, плакал, настроение было снижено, описывал «тягостное ощущение неопределенности», критика к психозу и содеянному была частичная, как и у большинства подэкспертных данной подгруппы. У четверых в период СПЭ ведущим был психопатоподобный синдром, проявляющийся в эмоциональной неустойчивости с раздражительностью, эксплозивности, дистимичности, а также импульсивности поступков, у двоих преобладали нарушения когнитивных функций (снижение продуктивности, истощаемость, примитивность суждений - в одном случае, и вязкость, гипердетализированность мышления с нелепостью некоторых суждений – во втором случае), а в одном случае ведущей была психотическая симптоматика (неустойчивые, неадекватные эмоциональные реакции, психомоторное возбуждение, а также сохраняющиеся дезорганизованность мышления, бредовые идеи отношения, отсутствие критики).

Среди подэкспертных из группы органических психозов (4 случая, 3,8%) рекомендовалось ПЛ в психиатрическом стационаре общего типа. У одного подэкспертного с учетом полной редукции психотического состояния (перенес на момент ООД патологическое просоночное состояние) выявлялась фиксация на произошедшем с развитием реактивного состояния с органическими проявлениями (гипердетализация, обстоятельность, снижение настроения, нарушения сна). У одного подэкспертного имелась опухоль головного мозга, постепенно нарастали

проявления органического поражения ЦНС (выраженные церебрастенические явления, снижение памяти, раздражительность), психоз был проявлением послеоперационного делирия, на период СПЭ преобладала психопатоподобная симптоматика (благодушен, раздражителен, эмоционально неустойчив, не удерживал дистанцию), у одного – накануне отмечалась травма головы, послужившая причиной развития острого психотического состояния по типу шизофреноподобного, с преобладанием после выхода из психоза когнитивных нарушений на период СПЭ в виде замедленности, застреваемости, обстоятельности мышления, снижения памяти, облегченности суждений, некоторого интеллектуального дефицита, у одного – на органическом фоне (ЧМТ, гипертензия) развилось острое психотическое состояние в результате сосудистой патологии, из которого подэкспертный полностью вышел, и на период СПЭ преобладали проявления когнитивных нарушений – конкретность мышления, облегченность суждений, снижение памяти. Двое подэкспертных проявляли критическое отношение к произошедшему, содеянному, у двоих критическое отношение отсутствовало.

В анамнезе порой были указания на однократные привлечение к уголовной ответственности, преморбидно некоторых подэкспертных отличали неустойчивые черты характера, патологический личностный склад чаще всего регистрировался в группе связанных с приемом ПАВ психозов, или нарастающие в последние годы психопатоподобные проявления в виде повышенной эксплозивности – в группе органических или смешанных психозов, что проявлялось трудностями трудоустройства или длительного удержания на рабочем месте, периодическими конфликтами в семье, трудностями межличностного взаимодействия, однако в целом подэкспертных отличали сохранные просоциальные установки, достаточно хорошая адаптация. Указания на злоупотребление психоактивными веществами часты были в группе связанных с приемом ПАВ психозов, в группах органических и смешанных психозов нередко в анамнезе отмечалась изолированная или сочетанная соматическая патология, травмы головы как генез ОПР.

Рекомендация *ПЛ* в психиатрическом стационаре специализированного типа была в 66 случаях (63,5%). В группе смешанных психозов данный вид ПММХ назначался 19 подэкспертным (18,2%). Диагноз фонового заболевания в большинстве случаев был «органическое расстройство личности и поведения» (9 случаев), на втором месте – сочетанная патология в виде «синдрома зависимости от алкоголя» и «ОРЛ» - 5 случаев, и еще по одному случаю регистрировалось «пагубное употребление ПАВ» и «ОРЛ»; 3 случая представлены изолированным «синдромом зависимости от алкоголя», один – «синдромом зависимости от ПАВ». Критическое отношение к перенесенному психотическому состоянию (которые в данной группе представлены кратковременными психотическими состояниями) чаще всего отсутствовало вообще (7 случаев), в трех случаях подэкспертные были убеждены в том, что их «подставили», «кто-то другой совершил преступление», формальная критика наблюдалась в 8 случаях – подэкспертные допускали, что они совершили инкриминируемые деяния, что у них было «какое-то помрачение», в одном случае сформировалась полная критика, подэкспертный сожалел о произошедшем, допускал, что усталость и прием спиртного спровоцировали «помешательство», утверждал, что «больше пить не будет». На период СПЭ психическое состояние подэкспертных преимущественно характеризовалось проявлениями органического поражения ЦНС: церебрастения выраженной степени с соответствующей симптоматикой, сопровождавшаяся ухудшениями не только со стороны психики, но и обострениями соматической патологии (9 случаев) – порой, сочетаясь с расстройствами когнитивной сферы в виде облегченности суждений, тенденции к конкретизации; выраженные нарушения мышления регистрировались в 9 случаях и были представлены обстоятельностью, торпидностью, негибкостью, сопровождаясь некоторым мнестико-интеллектуальным снижением (в 4 случаях в сочетании с выраженной церебрастенией), в 5 случаях выражены были психопатоподобные нарушения в виде неустойчивости, раздражительности, эксплозивности, импульсивности, ригидности, напряженности (3 в сочетании с выраженной церебрастенией), в двух – представлены астеническим вариантом психоорганического синдрома с выраженной истощаемостью психических

процессов, раздражительностью, снижением памяти, облегченностью суждений, в одном случае состояние характеризовалось депрессивной симптоматикой с фиксацией на сложившейся ситуации, подавленностью, малодоступностью переживаний, замедленностью психических процессов.

В группе органических психозов данный вид ПММХ рекомендовался в отношении подавляющего большинства обследованных (9 случаев, 56,3%). В 6 случаях подэкспертным устанавливался диагноз «органическое шизофреноподобное расстройство», в трех случаях устанавливался диагноз «органическое расстройство личности и поведения». Психическое состояние на период проведения СПЭ в большинстве случаев характеризовалось сочетанием проявлений выраженного ОПР и психопродуктивной симптоматики (6 случаев): церебрастеническая симптоматика, характерные нарушения мышления, особенности эмоциональной сферы и личностных установок (застреваемость с тенденцией к накоплению аффекта, выраженная лабильность или благодушность, аффективная напряженность со склонностью к параноидной настроенности), тенденция к формированию некорректируемых идей, порой – снижение памяти, которые сочетались с психопродукцией – бредовые идеи всех возможных фабул (преимущественно персекуторные, изредка – депрессивные и идеи величия); в одном случае отмечались резидуальные идеи отношения, отравления на фоне церебрастении, снижения настроения, напряженности, тревожности, снижения памяти, обстоятельности мышления; в двух случаях психическое состояние характеризовалось изолированными проявлениями органической патологии – церебрастеническая симптоматика (головокружения, головные боли, шум в ушах), снижение фона настроения, ригидность, благодушие в одном случае и апатичность в другом, вязкость, тугоподвижность мышления, снижение памяти. Критическое отношение к своему состоянию на период ООД отсутствовало в четырех случаях, в четырех - отмечалась формальная критика, и лишь в одном случае подэкспертный указывал на болезненность своего состояния, разделяя болезненные проявления и реальные факты при описании произошедшего.

В группе психозов, связанных с приемом ПАВ, принудительное лечение в ПС специализированного типа назначалось в отношении 38 подэкспертных (74,5% в данной группе). Как показал анализ, 19-ти подэкспертным выставлялся фоновый диагноз «синдром зависимости» от того или иного ПАВ; «расстройство личности и поведения» из рубрики употребления ПАВ (7 случаев); «синдром зависимости от психоактивного вещества» и «ОРЛ» (6 случаев); «синдром зависимости» и «ОЭЛР» - 1 случай; диагноз «пагубного (с вредными последствиями) употребления психоактивного вещества» выставлялся в 2-х случаях; по одному случаю изолированного «ОРЛ», затяжного психоза и выраженного депрессивного состояния как реактивное состояние. У шести обследованных на момент проведения СПЭ отмечалась психотическая симптоматика – они не вышли из психотического состояния, развившегося накануне совершения ООД: у них отмечались различные бредовые идеи (воздействия, интерметаморфозы, религиозные, фантастические, отношения, преследования), вербальные галлюцинации, в одном случае регистрировалось состояние с выраженной дезорганизацией психической деятельности (элементы помрачения) – аффективные колебания, психомоторное возбуждение, отрывочная галлюцинаторно-бредовая симптоматика, непродуктивность мышления; у одного обследованного были выражены симптомы депрессии – часто плакал, моторно и идеаторно был замедлен, не раскрывался в болезненных переживаниях; в остальных случаях преобладающими были клинические явления когнитивного снижения либо психопатоподобные проявления в различных сочетаниях (эксплозивность, агрессивность, неуживчивость, застреваемость, расторможенность влечений, реже – выраженная сензитивность с легко актуализирующейся тревогой, очень редко – преобладающие в состоянии апатия, абулия; ригидность, замедление и обстоятельность мышления, конкретность, примитивность и облегченность суждений, реже мнестико-интеллектуальное снижение). Критическое отношение к перенесенному психозу, к своему психическому состоянию можно было охарактеризовать как формальное в 13 случаях, двое обследованных даже сообщали о том, что причиной стало

употребление ПАВ и их «утомленное состояние», в остальных случаях критическое отношение к перенесенному психозу отсутствовало полностью.

В анамнезе отмечались такие факторы, как девиантное поведение в подростковом возрасте с неустойчивыми личностными чертами в преморбиде, наличие привлечений к уголовной ответственности. В половине случаев в группах смешанных и органических психозов последние годы указывалось на заострение таких черт, как вспыльчивость, раздражительность, ригидность, конфликтность, неуживчивость, проявляющиеся в семейной жизни, на работе (конфликты с сослуживцами, соседями, домашние ссоры и скандалы, иногда - проявление агрессии к родным), которые в случае наличия синдрома зависимости (злоупотребление алкоголем отмечалось в подавляющем большинстве случаев) усугублялись в периоды злоупотребления, также были указания на перенесенные и ранее психотические состояния на фоне приема ПАВ, а также суицидальное поведение в состоянии опьянения; в группе связанных с приемом ПАВ психозов также в половине случаев поведение в последние годы отличалось раздражительностью, агрессивностью, дома часто наблюдались ссоры, конфликты, иногда - физическое насилие, особенно в состоянии опьянения, на работе не удерживались из-за конфликтных ситуаций или не работали вообще, в то время как другая половина отличалась относительно сохранными просоциальными установками. Часто встречались различные соматические заболевания в группах органических и смешанных психозов как генез патологической почвы, развития ОПР - чаще всего встречались однократные или неоднократные травмы головы (23 случая), в том числе тяжелые, с оперативным вмешательством в виде трепанации (3 случая), нередко встречалась артериальная гипертензия – 11 случаев, ИБС, при этом в 4-х случаях обследованные переносили инфаркт миокарда, в 6 случаях регистрировались судорожные приступы, в одном случае - снохождение на протяжении всей жизни, в трех – перенесенные инфекционные заболевания головного мозга, в одном – инсульт. В группе связанных с приемом ПАВ психозов у многих были в анамнезе травмы головы, другая соматическая патология практически не встречалась.

Таким образом, самым частым видом рекомендованной принудительной меры медицинского характера было ПЛ в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа, что было связано в первую очередь с тем, что большей части обследованных выставлялся диагноз, связанный с зависимостью от психоактивных веществ в сочетании или без органического психического расстройства, либо только органическое психическое расстройство (ОЭЛР, ОРЛ, ОШР). Течение психических расстройств имело прогрессивный характер, проявления были связаны как с выраженным психопатоподобным поведением, так и с выраженными когнитивными нарушениями, реже – отмечалось наличие психотической симптоматики. Часто указывалось на привлечение к уголовной ответственности ранее, на асоциальные личностные установки, патологическое микросоциальное окружение. На втором месте по частоте назначения – психиатрический стационар общего типа, и среди данных обследованных чаще встречались лица с просоциальными установками, реже имевшие преморбидные неустойчивые черты и судимости, к перенесенным состояниям отмечалась частичная критика, реже указывалось на злоупотребление психоактивными веществами. ПБСТИН назначался редко, был связан в первую очередь с тяжестью психического состояния (при органических психозах выраженная дезорганизация поведения на СПЭ, при связанных с приемом ПАВ психозах – выраженные психопатоподобные расстройства с полным отсутствием критики и диссимуляцией), а также указаниями на различные внешние неблагоприятные факторы в анамнез. АПНЛ назначался чаще всего подэкспертным из группы смешанных психозов, перенесших временное психотическое состояние и имевших фоновое эмоционально-лабильное органическое расстройство, с просоциальными установками. Не назначалось ПММХ в отношении лиц, перенесших только психотическое состояние, из которого они полностью вышли и сформировалось критическое отношение, и не имевших какой-либо другой психической патологии, которая могла бы способствовать повторению психоза.

На основании существующих подходов к оценке потенциальной общественной опасности и выбора видов принудительных мер медицинского характера в данной работе были выявлены особенности исследуемых групп, которые следует учитывать при оценке общественной опасности и выборе ПММХ применительно к подэкспертным, совершившим ООД в состоянии экзогенного психоза. Таким образом, можно представить следующие рекомендации по выбору ПММХ с учетом существующих принципов, критериев и подходов в сочетании с выявленными в данной работе особенностями подэкспертных, совершивших ООД в состоянии экзогенного психоза:

Не рекомендуется назначение ПММХ в силу отсутствия потенциальной общественной опасности:

- кратковременное психотическое расстройство, которое полностью разрешилось, и к перенесенному психотическому состоянию сформировалась критика;
- какой-либо другой психической патологии на СПЭ не обнаруживается (за исключением легких постпсихотических проявлений церебрастенического, невротического характера);
- исключено злоупотребление ПАВ;
- отсутствие криминального анамнеза ранее и асоциальных личностных тенденций.

АПНЛ может быть рекомендован:

- психотическое расстройство полностью разрешилось к моменту проведения экспертизы, имеющаяся фоновая психическая патология выражена нерезко (без грубых психопатоподобных, когнитивных нарушений, без психотических включений), без нарушений поведения;
- возможно наличие риска для повторения психотических состояний, например, в виде патологической почвы, эпизодического приема ПАВ;
- имеются просоциальные установки, стабильная микросреда, однако могут отмечаться нерезко выраженные акцентуированные черты характера;

- имеются установки для соблюдения амбулаторного режима;
- отсутствие криминального анамнеза;
- отсутствие указаний на систематический прием ПАВ.

Лечение в ПС общего типа может быть рекомендовано:

- непсихотические проявления хронического психического расстройства (в том числе психические проявления синдрома зависимости по типу психопатоподобных и когнитивных нарушений) без грубых нарушений поведения и склонности к нарушениям режима, не требующие постоянного, интенсивного наблюдения;

- критическое отношение к болезни, перенесенному состоянию полностью не сформировались;

- не выявляются выраженных патологических установок у личности и ее склонности к асоциальным тенденциям;

- в анамнезе либо отсутствуют указания на совершение правонарушений, либо имеют место однократные привлечение к уголовной ответственности.

Лечение в ПС специализированного типа может быть рекомендовано:

- имеется психотическая симптоматика, а течение психического расстройства непрогнозируемо или имеет неблагоприятный прогноз; хроническое прогрессивное психическое расстройство с выраженными эмоционально-волевыми или когнитивными нарушениями, особенно в сочетании с синдромом зависимости, способствующие совершению повторных правонарушений и требующие постоянного наблюдения; отсутствие критического отношения к перенесенному психотическому состоянию, актуальному состоянию, что в совокупности требует проведения помимо психофармакотерапии реабилитационных мероприятий;

- антисоциальные личностные установки и склад характера с тенденцией к выраженной эмоциональной неустойчивости; неблагоприятная семейная обстановка, асоциальное окружение; в анамнезе имеются привлечение к уголовной ответственности.

Лечение в ПБСТИН может быть рекомендовано:

- психическое расстройство сопровождается значительной прогрессивностью с грубыми психопатоподобными расстройствами или выраженными когнитивными и/или тяжелой психотической симптоматикой с дезорганизацией поведения; наличие коморбидной патологии, усугубляющей течение основного расстройства, в том числе если имеются указания на систематическое употребление ПАВ; отсутствие критического отношения к болезни и содеянному, тенденция к выраженной диссимуляции и некомплаентности к лечению, тенденции к нарушению режима;

- имеются выраженные антисоциальные личностные установки (нет стабильной работы, нет семьи, постоянного места жительства, конфликтные отношения с окружающими), диссоциальная направленность поведения, преобладание таких черт, как вспыльчивость, эксплозивность, агрессивность, импульсивность; в анамнезе имеется криминальный опыт, в том числе правонарушения агрессивной, жестокой направленности, особенно повторные.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Целью данного исследования было разработать на основании полученных данных критерии, позволяющие при проведении СПЭ легко дифференцировать острые психотические расстройства экзогенно-органического генеза, относящиеся к периоду ООД, что практически значимо, так как данные психические расстройства являются крайне актуальными.

Исследование проводилось на базе стационарных отделений СПЭ ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ, в выборку вошли 104 подэкспертных в возрасте от 19 до 75 лет (средний возраст – $42,7 \pm 13,2$ лет), находившихся на стационарной судебно-психиатрической экспертизе в период с 2008 по 2022г. Из них 60 - личные наблюдения, 44 были проанализированы по данным архива ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ. В соответствии с критериями отбора, которые включали острый психоз на период ООД с указаниями на вызвавшие его либо экзогенную вредность, либо прием психоактивного вещества накануне развития (экзогенный генез), а также анамнестические сведения о перенесении в течение жизни экзогенных вредностей или употреблении ПАВ (наличие патологической почвы), были сформированы 3 группы подэкспертных. В первую группу (51 случай) были включены подэкспертные, у которых острое экзогенно-органическое психотическое расстройство развилось в результате преобладающей, главной роли в генезе приема ПАВ (алкоголь, наркотическое вещество или сочетанное употребление); во вторую группу (37 случаев) были включены подэкспертные, у которых психотическое состояние развилось в результате сочетанного, паритетного действия нескольких факторов – наличие постоянной патологической почвы, временных (астенизирующих) факторов и триггера в виде приема алкоголя; в третью группу (16 случаев) были включены подэкспертные, психотическое расстройство у которых развилось в результате наличия клинически выраженного ОПР (прогредиентного) и минимального действия дополнительных экзогенных факторов – так называемые «чистые» органические психозы.

Основным методом исследования был клинико-психопатологический, также использовались результаты проведенных соматоневрологического,

экспериментально-психологического обследования, данные электроэнцефалографии. В собственных наблюдениях проводилась дополнительная диагностика с использованием психометрических методик: Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA, Nasreddine Z. et. al., 2004) и Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R., Derogatis L.R. et. al., 1974).

Возраст подэкспертных значительно варьировал в общей выборке (от 18 до 75 лет), однако наиболее часто психозы развивались у лиц активного возраста – в группе от 31 до 45 лет, а также от 46 до 60 лет – более двух третей от общего количества. Наследственная отягощенность расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, регистрировалась в 26,9%. При изучении экзогенных вредностей и причин формирования патологической органической почвы установлено, что в генезе органических расстройств удельный вес ЧМТ был максимальным (73,1%); при анализе данных исследовательской части экспертных заключений в ходе данной работы, систематическое употребление алкоголя наблюдалось в 51,9% (54 набл.), эпизодическое – в 37,5% (39 набл.); часто регистрировалось систематическое или эпизодическое употребление наркотических средств (каннабиноиды – 8,7% и 19,2%; стимуляторы – 5,8% и 11,5%; опиоиды – 6,7% и 6,7%); также выявлялись различные соматические заболевания, из которых доминировали сердечно-сосудистые в виде АГ, атеросклероза, ИБС (36,5%, 15,4%, 14,4%). Было установлено, что у более молодых лиц доминировал ранний и токсический генез в формировании органической почвы, а у более взрослых подэкспертных – последствия ЧМТ и соматической патологии. Проявления органической почвы у некоторых подэкспертных (26%) сформировались еще в детском или подростковом возрасте, что сопровождалось нарушениями адаптации. Во взрослом возрасте дезадаптация, являющаяся следствием психопатоподобных или когнитивных нарушений, проявлялась в виде отсутствия работы (7,7%), нарушения внутрисемейных отношений (39,4%), привлечения к уголовной ответственности (42,3%).

Наиболее часто установленными фоновыми диагнозами психического расстройства были рубрики из раздела «психические и поведенческие расстройства в связи с употреблением ПАВ» (39,4%) и расстройства органического генеза (36,5%); расстройства из обеих рубрик одновременно диагностировались в 15,4%, а у некоторых подэкспертных диагнозов фонового психического расстройства не устанавливался, у них верифицировался только психоз на период общественно-опасного деяния (8,7%).

Психозы, связанные с употреблением ПАВ. Из социальных показателей в группе психозов, связанных с употреблением ПАВ, были выявлены следующие особенности: данные подэкспертные реже проходили военную службу, чаще привлекались к уголовной ответственности. В данной группе соматические заболевания встречались реже, чем в других. Анализ употребления различных психоактивных веществ показал, что обследованные из данной группы чаще, чем в других группах, систематически употребляли алкоголь ($p=0,008$), чаще употребляли каннабиноиды ($p<0,001$), стимуляторы ($p=0,001$) и опиоиды ($p=0,01$). Статистически значимо половина обследованных из данной группы ранее уже переносили психотические состояния на фоне приема ПАВ (26 набл., 51%, $p=0,004$). Клиническая картина психотических состояний на период ООД значительно чаще, чем в других группах, была представлена делириями (19 набл., 37,3%); в 5 наблюдениях (9,8%) - онейроидами; остальные - с галлюцинаторными, бредовыми или шизофреноподобными симптомами без помрачения сознания либо полиморфными нарушениями (с элементами помрачения сознания или без таковых) – 27 наблюдений (56,9%). В данной группе психотические расстройства длились преимущественно нескольких часов / несколько дней (35 набл., 68,6%, $p<0,0001$). *Психозы, связанные с употреблением алкоголя*, представлены 25 случаями (49%) – в структуре синдрома отмены - 12 случаев, в структуре острой алкогольной интоксикации - 13 случаев. Клиническая картина психотических состояний, которые развились как следствие острой алкогольной интоксикации, преимущественно сопровождалась помрачением сознания (32%), при этом глубина помрачения могла быть выражена по-разному – состояния с менее глубоким

помрачением сознания сопровождались сохранением конкретно-предметной ориентировки, были иллюзии, дереализация, психосенсорные нарушения, бредовое восприятие без структурированных идей, а при более глубоком помрачении сознания отмечалась выраженная дезориентировка, формировались прослеживаемые бредовые фабулы, обильные галлюцинации как истинные, так и псевдо, порой с полным перевоплощением окружающей действительности, и доминированием соответствующего содержанию психопродукции аффекта. Для их кодировок использовались шифры «острая алкогольная интоксикация с делирием» (F10.03) или «преимущественно полиморфное психотическое расстройство, связанное с употреблением алкоголя» (F10.53). Психотические состояния в рамках острой алкогольной интоксикации, ведущим клиническим синдромом при которых был галлюцинаторный (12%) или бредовый (8%) (то есть без помрачения сознания), встречались не часто, они кодируются соответственно рубриками МКБ-10 F10.51/10.52. В структуре психозов в рамках синдрома отмены алкоголя доминировали делириозные картины (типичные делирии 16%, атипичные делирии 16%). Для атипичных делириев характерны были эндоформные включения, например, элементы псевдогаллюциноза, психических автоматизмов, онейроидоподобного течения психоза – рубрики F10.40 и 10.48. Состояния без помрачения сознания представлены ведущим галлюцинаторно-бредовым или галлюцинаторным синдромами (порой также с эндоформными включениями – явлениями императивного псевдогаллюциноза) – рубрики F10.50-F10.53. *Психозы, связанные с употреблением наркотических средств* (26 случаев, 51%) чаще всего при изолированном приеме развивались после употребления синтетического стимулятора (катинона) – альфа-пвп (34,6%), реже – природных каннабиноидов (23,1%), а также сочетанного приема природных и синтетических каннабиноидов и синтетических катинонов и природных каннабиноидов (по 11,5%), что составляет более половины всех психотических состояний данной группы. Однако, психозы наркотической природы были структурированы и описаны не по вызвавшему их веществу, а по ведущему в клинической картине на период совершения ООД психопатологическому синдрому. Клиническая картина данных психозов

представлена преимущественно полиморфным синдромом как с помрачением сознания, так и без такового (делирии – 15,4%; полиморфные состояния – 19,2%, галлюцинаторно-бредовые состояния – 7,7%), реже наблюдались шизофреноподобные картины (онейроиды - 11,5%, аффективно-бредовые состояния – 15,4%, синдром психических автоматизмов – 7,7%), при этом их удельный вес достаточно велик (34,6% от всех наркотических психозов), а также преимущественно бредовые состояния (19,2%), единичный случай преимущественно галлюцинаторного психоза (3,9%) – рубрики по МКБ-10 F1x.03, F1x.50-53. В данной группе, а именно в структуре наркотических психозов, отмечались затяжные состояния, при этом к моменту проведения СПЭ 7 из 26 психозов не разрешились (26,9%).

Смешанные психозы. У обследованных из группы смешанных психозов реже остальных отмечалась наследственная отягощенность, а также лица из данной группы, в отличие от двух других, не обращались за психиатрической помощью в подростковом возрасте. Чаще, чем обследованные из других групп, переносили неоднократные черепно-мозговые травмы (14 набл., 51,9%, $p=0,02$). Из факторов временной почвы значимо чаще чем в других встречалось физическое переутомление ($p=0,002$). Во всех случаях у обследованных из данной группы ведущим был синдром сумеречного помрачения сознания, значимость данного утверждения подтверждает подсчет с использованием точного теста Фишера ($p<0,001$), соответственно и длительность психотического состояния исчислялась несколькими минутами (33 набл., 89,2%, $p<0,0001$) или несколькими часами (4 набл., 10,8%). Кратковременные экзогенно-органические психотические состояния из группы смешанных психозов во всех случаях были представлены вариантами сумеречного помрачения сознания: патологическим алкогольным опьянением (44,3%), патологическим просоночным состоянием (13,5%), а также простым сумеречным помрачением сознания (45,9%) и сумеречным помрачением сознания с включениями психопродуктивной симптоматики (16,21%). Главным их отличием является наличие психопродуктивной симптоматики в небольшом (патологическое опьянение), умеренном (сумеречное помрачение сознания с

психопродукцией) или тотальном объеме, определяющем течение и картину психоза (патологическое просоночное состояние), и некоторые другие выявленные особенности.

Органические психозы. В группе органических психозов больше трети обследованных (37,5%) не проходили военную службу вследствие соматического заболевания или психического расстройства. Черепно-мозговые травмы в анамнезе переносили практически все обследованные (15 набл., 93,7%, $p=0,01$). Значимо чаще в данной группе выявлялось несколько факторов временной почвы при развитии психоза ($p=0,002$); на уровне тенденции чаще встречался фактор временной почвы в виде нарушений сна ($p=0,08$), а также фактор психического перенапряжения ($p=0,0004$). В группе органических психозов встречались практически все клинические варианты описанных в исследовании психозов (самая полиморфная группа), в том числе наблюдались онейроидное и делириозное помрачение сознания (2 набл., 12,5%; 1 набл., 6,3%), сумеречное помрачение сознания (3 набл., 18,7%), полиморфные картины с элементами помрачения сознания (4 набл., 25%); реже - психотические расстройства без помрачения сознания (с бредовыми или галлюцинаторно-бредовыми картинами) – 6 (37,5%), и также их продолжительность варьировала во всех описанных пределах. Учитывая, что регистр проявлений органических психических расстройств является наиболее широким, то и картины органических психозов представлены различными вариантами: сумеречное помрачение сознания (18,8%), онейроидное помрачение сознания (12,5%), которое включало такие характерные симптомы, как бредовые идеи манихейского содержания, псевдогаллюцинации, двойная ложная ориентировка с полным перевоплощением окружающей обстановки; делириозное помрачение сознания (6,2%); полиморфные состояния (25%) с быстро сменяющимися друг друга симптомами, в том числе несистематизированными бредовыми идеями, галлюцинациями, разной выраженности флюктуацией сознания вплоть до помрачения на высоте психоза; бредовые картины, в том числе затяжные (31,3%), и даже галлюцинаторно-бредовый психоз (6,2%), усложнившийся ко времени производства СПЭ до ведущего синдрома так

называемой выраженной психической дезорганизации, сопровождавшегося даже помрачением сознания.

У 13 обследованных (12,5%) выявлялась актуальная психотическая симптоматика на этапе проведения судебно-психиатрической экспертизы: в группе психозов, связанных с приемом ПАВ, в 7 случаях (13,7% от всех психозов данной группы) отмечалась актуальная психотическая симптоматика преимущественно в виде бредового синдрома (6 набл., 11,8%), в одном случае состояние подэкспертного характеризовалось синдромом выраженной психической дезорганизации (1,9%); в группе органических психозов актуальная психотическая симптоматика отмечалась в 6 случаях (37,5%) и была представлена бредовым синдромом в 2 случаях (12,5%), галлюцинаторно-бредовым – в 3 (18,8%), синдромом выраженной психической дезорганизации – в 1 (6,3%). Это были либо психозы наркотического и органического генеза, которые не разрешились ко времени проведения СПЭ (затяжной характер течения), либо реактивные состояния. Ведущим синдромом при проведении СПЭ в группе связанных с приемом ПАВ, смешанных и органических психозов могли выступать как изолировано, так и в сочетании друг с другом, когнитивные нарушения в виде умеренных (19,6%, 37,8%, 43,8%) и легких (17,6%, 27,1%, 18,7%), а также когнитивные нарушения могли быть сопутствующим синдромом (51%, 24,3%, 37,5%); эмоционально-волевые нарушения в рамках психоорганического синдрома (19,6%, 18,9%, 25%) и психопатоподобные нарушения (27,5%, 10,8%, 0,0%) могли выступать ведущим синдромом. Также ведущим синдромом мог быть умеренный аффективный (депрессивный) (0,0%, 16,2%, 12,5%) и церебрастенический (5,9%, 8,1%, 0,0%).

С учетом выявленных ведущих на СПЭ синдромов проводилась экспертная оценка УПД и СДП, которые соотносились с интеллектуальным и волевым компонентами юридического критерия данных способностей, которые являются выражением существующих до настоящего времени взглядов на произвольную саморегуляцию в конкретной юридически значимой ситуации (Корзун Д.Н., Ткаченко А.А., 2013; Ткаченко А.А., Самылкин Д.В., 2015). Соответственно

основополагающей концепции, при проведении СПЭ проводится оценка релевантных синдромов, влияющих на юридически значимые способности, которая включает отдельные этапы с определением потенциальной и актуальной способностей к саморегуляции на разных этапах с судебно-следственной ситуации (Кудрявцев И.А., 1999).

К симптомокомплексам (психотические и непсихотические синдромы), нарушающим преимущественно интеллектуальный компонент юридического критерия УПД, относятся:

- бредовый синдром, который характеризуется формированием паралогичности с привнесением патологического смысла происходящим событиям, влияя на многие высшие функции и нарушая регуляцию поведения на глубоком уровне, в том числе смыслообразующих структур, проявления которого приводят к поражению в первую очередь мотивационного (смыслового) уровня регуляции поведения, также затрагивая и звенья операционально-технического уровня саморегуляции, искажая целеполагание;

- галлюцинаторно-бредовый синдром, в основе которого лежали галлюцинаторные нарушения со вторичным бредом, и также нарушающим в первую очередь смысловой уровень регуляции, опосредованно нарушая целевой уровень;

- синдром дезорганизации психической деятельности сопровождался грубыми психическими нарушениями, проявления которых достигали степени разорванности мышления с тенденцией к помрачению сознания, и, следовательно, тотальным поражением смыслового и целевого уровней;

- ведущие умеренные когнитивные нарушения (в структуре психоорганического синдрома).

К симптомокомплексам, равно нарушающим *интеллектуальный и волевой компоненты* юридического критерия УПД, относятся ведущие умеренно-выраженные когнитивные расстройства в сочетании с эмоционально-волевыми нарушениями, которые отмечаются в выборке как в структуре ПОС (эксплозивный

вариант, апатический вариант), так и как проявление выраженной личностной деградации алкогольного генеза;

- комбинация эмоционально-волевых расстройств в структуре астенического варианта ПОС с легкими когнитивными нарушениями, усугубившиеся на фоне актуального реактивного состояния депрессивной структуры.

К симптомокомплексам, нарушающим преимущественно *волевой компонент* юридического критерия УПД, относятся:

-выраженный актуальный в судебно-следственной ситуации аффективный синдром, в результате которого нарушения отмечались как на смысловом уровне, так и на уровне целеполагания и целедостижения.

Не влияли на УПД легкие когнитивные нарушения, психопатоподобные расстройства и церебрастенический синдром.

Таким образом, уголовно-процессуально недееспособными (тотально нарушена УПД) были признаны 50% обследованных (52 случая), при этом больший удельный вес таких обследованных был в группе органических психозов (82,3%), в группе смешанных и связанных с приемом ПАВ психозов количество уголовно-процессуально недееспособных было приблизительно одинаковым (45,9% и 43,1%), у остальных обследованных УПД была сохранена.

Также проводилась оценка способности к даче показаний, так как часто показания подэкспертных бывают единственными источниками информации в материалах дела. При оценке СДП анализируется способность к восприятию внешней и внутренней стороны криминальных событий. В данном исследовании у всех подэкспертных в период ООД отмечалось психотическое расстройство, из чего следует, что у всей выборки было нарушено понимание внутренней стороны, при анализе СДП в том числе оценивалась возможность сообщать показания о внешней стороне инкриминируемого деяния.

Исключали возможность дачи показаний наличие в период СПЭ психотических расстройств (бредовый, галлюцинаторно-бредовый синдромы, выраженная психическая дезорганизация), умеренных когнитивных расстройств и аффективных нарушений (депрессивный эпизод средней степени). При отсутствии

вышеуказанных обстоятельств, однако в случаях, когда психоз на момент ООД сопровождался помрачением сознания с тотальной амнезией, отсутствием к моменту обследования критики к перенесенному психотическому состоянию, и в случае частичной амнезии, но преобладания в воспоминаниях психопродукции или крайне обрывочных воспоминаний, не соответствующих представленной в деле информации, давалось заключение о способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать показания, за исключением обстоятельств, относящихся к периоду ООД. В отдельных случаях - при отсутствии в момент ООД помрачения сознания, наличии к периоду СПЭ достаточной критики к перенесенному психозу и отсутствии амнезии периода ООД, подэкспертные могли давать показания о внешней стороне периода общественно-опасного деяния.

Было установлено, что в группе связанных с приемом ПАВ психозов наиболее значимыми фактором потенциальной опасности, отличающим ее от других групп, был сформированный синдром зависимости от ПАВ, который в части случаев сочетался с клинически выраженным ОПР, включающим когнитивные нарушения различной выраженности. Также важным фактором были указания на наличие в анамнезе психотических расстройств, связанных с ПАВ, достаточно часто отмечалась не критичность к перенесенному в период ООД психозу. Ведущие в клинической картине психопатоподобные нарушения, включая изменения личности в связи с употреблением ПАВ, также определяли высокий риск общественной опасности, что в ряде случаев дополнительно отягощалось социально-психологическими факторами в виде криминального опыта, асоциального окружения, антисоциальных установок.

Непосредственная опасность для себя или других лиц среди подэкспертных из группы связанных с приемом ПАВ психозов была обусловлена выявленной на период проведения экспертизы психотической симптоматикой (7 случаев, 13,7%) - затяжные психотические состояния наркотического генеза или реактивных депрессивные состояния (5 случаев, 9,8%).

Общественная опасность подэкспертных из группы органических психозов часто была обусловлена выявлением на СПЭ психотической симптоматики в связи

с тенденцией к затяжному течению у психозов данной группы, выраженностью ОПР и его динамичностью с легкостью формирования аффективных расстройств. Помимо тенденции к декомпенсациям, которая характерна для ОПР при воздействии дополнительных экзогенных вредностей, ухудшение состояния с рецидивом психоза могло быть связано с динамикой сопутствующей соматической патологии, которая в данной группе представлена наиболее широко.

В группе смешанных психозов актуальное психическое состояние ни в одном случае не включало психотическую симптоматику, у большинства обследованных была выражена в той или иной мере патологическая почва в виде различных соматических заболеваний и состояний, являющаяся фактором риска повторного развития психозов, в ряде случаев имелись указания на злоупотребление или зависимость от ПАВ. В отличие от других групп в группе смешанных психозов было наименьшее число лиц, полностью некритичных к перенесенному психозу.

Самым частым видом ПММХ у обследованных в данном исследовании было ПЛ в психиатрическом стационаре специализированного типа (63,5%), что обусловлено преобладающим контингентом – это лица с выраженным расстройством органического генеза и/или синдромом зависимости от ПАВ с прогрессивным течением психического расстройства и ведущими в клинической картине психопатоподобными, психоорганическими проявлениями, или психотической симптоматикой на фоне затяжных психозов, а также часто встречающимися отягощающими асоциальными факторами. При выполнении данной работы были выявлены особенности исследуемых групп, и при оценке риска потенциальной общественной опасности и выборе ПММХ полученные данные использовались в сочетании с существующими критериями, принципами и подходами к выбору ПММХ, в результате предложены следующие рекомендации:

- не рекомендуется назначение ПММХ в силу отсутствия потенциальной общественной опасности при: полном разрешении психотического расстройства, наличии критики, отсутствии иной психической патологии (или нерезко выраженные постпсихотические изменения), отсутствии указаний на

злоупотребление ПАВ, а также антисоциальную направленность поведения, асоциальные личностные тенденции, отсутствии криминального анамнеза;

- АПНЛ может быть рекомендуется при полном разрешении психотического состояния, а имеющаяся фоновая психическая патология выражена нерезко (без грубых психопатоподобных, когнитивных нарушений, без психотических включений), без нарушений поведения, однако имеются факторы риска возможного повторения психотических состояний в виде патологической почвы, эпизодического приема ПАВ, при этом есть установки для соблюдения амбулаторного режима, отсутствуют указания на зависимость от ПАВ, имеются просоциальные установки, стабильная микросреда, однако могут отмечаться нерезко выраженные акцентуированные черты характера, отсутствует криминальный анамнез;

- лечение в психиатрическом стационаре общего типа может быть рекомендовано при непсихотических проявлениях хронического психического расстройства без выраженных нарушений поведения, не требующих постоянного наблюдения, когда критическое отношение к болезни, перенесенному состоянию полностью не сформировались, отсутствуют выраженные патологические личностные установки и тенденция к асоциальному поведению, ранее обследованный не привлекался к уголовной ответственности или имеются однократные привлечения;

- лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа может быть рекомендовано, если имеется психотическая симптоматика, в том числе с неблагоприятным или непрогнозируемым течением, или хроническое прогрессирующее психическое расстройство с выраженными эмоционально-волевыми или когнитивными нарушениями, отсутствует критическое отношение, имеется сочетанный синдром зависимости от ПАВ, есть указания на антисоциальные личностные установки и патологический склад характера с тенденцией к выраженной эмоциональной неустойчивости, асоциальная микросреда, если в анамнезе имеются привлечения к уголовной ответственности, есть указания на девиантное поведение в подростковом возрасте;

- ПЛ в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением может быть рекомендовано при наличии следующих факторов: психическое расстройство характеризуется выраженной прогрессивностью и грубыми психопатоподобным синдромом/ выраженными когнитивными нарушениями/ обильной психопродуктивной симптоматикой при психотическом состоянии, приводящей к дезорганизации поведения; диагностирована коморбидная патология, неблагоприятно влияющая на протекание основного психического расстройства, подэкспертный склонен к выраженной диссимуляции, некомплаентен к лечению, есть тенденции к нарушению режима, в анамнезе имеется криминальный опыт, в том числе правонарушения агрессивной, жестокой направленности, особенно повторные, имеются выраженные антисоциальные личностные установки, диссоциальная направленность поведения, имеется преобладание таких личностных черт, как вспыльчивость, эксплозивность, агрессивность, импульсивность.

ВЫВОДЫ

1. Острые психотические расстройства экзогенно-органического генеза, относящиеся к периоду ООД, протекают с полиморфизмом и атипичностью клинических картин, и даже эндоморфной симптоматикой, что связано с их длительным патоморфозом.

1.1 Клиническая картина психозов, связанных с употреблением ПАВ, зависела от вызвавшего их вещества (алкоголя, наркотических средств или сочетания ПАВ). Психозы, связанные с употреблением алкоголя, чаще протекают с картиной помрачения сознания (68%), преимущественно делириозного (60%). Психозы, связанные с употреблением наркотических средств, характеризуются полиморфизмом клинической картины (42,3%) или ведущей шизофреноподобной клиникой (34,6%), преимущественно не сопровождаясь помрачением сознания (73,1%). В генезе наркотических психозов этиологическим фактором чаще всего выступают каннабиноиды и стимуляторы, а также данные психозы имеют тенденцию к затяжному течению (26,9%).

1.2 Клиническая картина смешанных психозов во всех случаях была представлена вариантами сумеречного помрачения сознания, отличаясь наличием и обилием психопродуктивной симптоматики и особенностями течения (простое сумеречное помрачение сознания, патологическое опьянение, сумеречное помрачение сознания с включениями психопродуктивной симптоматики и патологическое просоночное состояние), с характерными для них специфическими характеристиками (наличие постоянной патологической почвы, факторы временной почвы, триггер в виде приема алкоголя, внезапное начало психоза, помрачение сознания с дезориентировкой, быстротечность, выход с терминальной фазой).

1.3 Клинические картины органических психозов – самые полиморфные, они включают практически весь спектр описанных в данном исследовании состояний: ведущий онейроидный, делириозный, сумеречный синдромы, полиморфные картины с элементами помрачения сознания на высоте, а также бредовые

состояния, в том числе шизофреноподобные. Их продолжительность также сильно варьирует, часто отмечается склонность к затяжному течению (31,3%).

2. При проведении СПЭ у обвиняемых, совершивших ООД в состоянии экзогенно-органического психоза, преимущественно наблюдаются непсихотические ведущие психопатологические синдромы (81,7%), отражающие специфику психического расстройства, на фоне которого развился психоз (расстройство органического генеза, синдром зависимости от психоактивных веществ - изолировано или сочетано). Выявление на СПЭ актуальной психотической симптоматики (12,5%) возможно в связи с двумя обстоятельствами – затяжной характер течения психоза (психоз не разрешился с периода ООД) или развитие реактивного состояния в условиях судебно-следственной ситуации. К периоду проведения СПЭ в 5,8% какие-либо психические расстройства у подэкспертных отсутствовали.

3. Психопатологические расстройства, нарушающие УПД лиц, совершивших ООД в состоянии экзогенно-органического психоза, представлены выявленными на судебно-психиатрической экспертизе: актуальной психотической симптоматикой в виде ведущих бредового, галлюцинаторно-бредового или синдрома выраженной психической дезорганизации; когнитивными нарушениями умеренной выраженности, которые могут сочетаться со значимыми эмоционально-волевыми расстройствами в структуре ПОС или деградации личности алкогольного генеза, а также реактивными аффективными расстройствами – средней выраженности депрессивное состояние, либо легкий депрессивный эпизод у лиц с астеническим вариантом ПОС. Легкие когнитивные, церебральные и психопатоподобные нарушения не влияют на УПД обследованных лиц.

4. При сохранной УПД критериями способности подэкспертного правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать показания, за исключением событий, относящихся к периоду ООД, являются: наличие тотальной амнезии периода ООД, парциальная амнезия с не критичностью к перенесенному психозу, фрагментарность описаний и несоответствие их другим материалам дела.

При отсутствии амнезии периода ООД, наличии критики к перенесенному психозу, последовательном, соответствующем другим материалам дела воспроизведении событий, своих действий и действий потерпевших может быть дано заключение о способности давать показания о внешней стороне событий противоправного деяния.

5. Специфическими критериями, которые необходимо учитывать при оценке потенциальной опасности лиц, совершивших ООД в состоянии экзогенно-органического психоза, являются обнаруженные на СПЭ актуальные психотические состояния или реактивные аффективные расстройства средней выраженности, отсутствие критики к перенесенному болезненному состоянию, диагностирование эпизодического (пагубное) или систематического (синдром зависимости) употребления психоактивных веществ, перенесенные в прошлом психотические расстройства на фоне приема ПАВ, прогрессивность органического психического расстройства, выраженность изменений личности алкогольного или наркотического генеза.

6. Анализ существующих принципов и критериев выбора вида ПММХ показал, что для лиц, совершивших ООД в состоянии экзогенно-органического психоза, наиболее актуальны следующие:

6.1 Полностью разрешившееся к периоду СПЭ психотическое состояние, наличие критики к перенесенному психозу, отсутствие иной психической патологии с просоциальностью личностных установок и отсутствием тенденции к злоупотреблению психоактивными веществами – совокупность данных факторов свидетельствует об отсутствии оснований для рекомендации ПММХ.

6.2 Основанием для рекомендации амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра являются полностью разрешившееся психотическое расстройство, достаточная критика к нему, выявленное на СПЭ нерезко выраженное фоновое заболевание (без грубых психопатоподобных, когнитивных нарушений, без психотических включений), отсутствие указаний на

зависимость от ПАВ, просоциальная направленность поведения, стабильная микросреда.

6.3 Основанием для рекомендации принудительного лечения в стационаре общего типа являются полностью разрешившийся психоз, наличие хотя бы частичной критики к нему, выявленные на СПЭ непсихотические проявления фонового психического расстройства, не сопровождающиеся выраженными нарушениями поведения и не требующие постоянного наблюдения; отсутствие выраженных патологических личностных установок и асоциальных тенденций.

6.4 Основанием для рекомендации принудительного лечения в стационаре специализированного типа являются наличие в период СПЭ психотической симптоматики или отсутствие критики к перенесенному психозу, прогрессивное фоновое психическое расстройство с выраженными эмоционально-волевыми или когнитивными нарушениями, синдром зависимости от ПАВ, патологический личностный склад с чертами эксплозивности, диссоциальность / наличие криминального анамнеза, нарушения режима содержания на разных этапах судебной-следственной ситуации, суицидальные наклонности.

6.5 Основанием для рекомендации принудительного лечения в стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением являются наличие психического расстройства с грубыми психопатоподобными или выраженными когнитивными нарушениями и/или особой тяжестью психотической симптоматики с дезорганизацией поведения; преобладание таких личностных черт, как эксплозивность, агрессивность, импульсивность, диссоциальная личностная направленность, криминальный опыт, тенденции к диссимуляции, нарушениям режима, отказу от лечения в период СПЭ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеева, Г.Ю. Судебно-психиатрическая оценка алкогольных психозов / Г.Ю. Алексеева, Н.В. Дубовец, Т.Н. Керова, Т.В. Солодянкина // Омский психиатрический журнал. – 2014. – Т. 2. – № 2. – С. 35-40.
2. Андрусенко, А.А. Дифференциальная диагностика манифестных шизофренических и эндоморфных интоксикационных психозов. XVII Съезд психиатров России с международным конгрессом Всемирной психиатрической ассоциации «Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению»: сборник тезисов; отв. ред. Н.Г. Незнанов. – Санкт-Петербург, 2021. – С. 909-910.
3. Асанов, Т.К. Состояния острой гашишной интоксикации у лиц с сочетанной психиатрической патологией: Клинические варианты, дифференциальная диагностика, судебно-психиатрическая оценка : автореф. дис... канд. мед. наук / Асанов Т.К. – М., 1997. – 20 с.
4. Афанасьева, Н.А. Клинико-динамические особенности интоксикационных психозов, вызванных употреблением современных синтетических психоактивных веществ / Н.А. Афанасьева, М.А. Березовская, Т.В. Коробицина, Ю.А. Пичугина, Н.Н. Сергиенко // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2017. – Т. 96. – № 3. – С. 78-83.
5. Афанасьева, Н.А. Клинико-синдромологические особенности интоксикационных психозов, вызванных употреблением современных синтетических психоактивных веществ / Н.А. Афанасьева, Т.В. Коробицина, Ю.А. Пичугина, О.С. Юков, А.А. Ширшова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2021. – Т. 111. – № 2. – С. 46-53.
6. Баканов, Ю.М. О диагностических критериях психотических вариантов органического психического расстройства / Ю.М. Баканов, С.П. Ивашев, А.В. Вербина // Российский психиатрический журнал. – 1998. – № 4.98. – С. 14-17.

7. Баканов, М.Ю. Клинико-динамические закономерности психотических форм органических психических расстройств : автореф. дис. ...канд. мед. наук / Баканов Михаил Юрьевич. – М., 2001. – 27 с.
8. Березанцев, А.Ю. Судебная психиатрия + доп. Материалы в ЭБС, 3-е издание / А.Ю. Березанцев. – М.: Юрайт, 2018г. – 539 с.
9. Березовская, М.А. Катамнез больных параноидной шизофренией, перенесших в дебюте заболевания алкогольный психоз / М.А. Березовская // Сибирское медицинское обозрение. – 2011. – Т. 68. – № 2. – С. 84-87.
10. Бизюкевич, С.В. Клинический полиморфизм психопатологической симптоматики при Лайм-боррелиозе / С.В. Бизюкевич, Э.П. Станько, С.А. Игумнов // Психическое здоровье. – 2024. – Т. 19. – № 1. – С. 29-36.
11. Бохан, Н.А. Динамика психопатологической картины психозов, развившихся на фоне употребления современных синтетических психоактивных веществ / Н.А. Бохан, Г.М. Усов, С.А. Ракитин // Вопросы наркологии. – 2021. – Т. 203. – № 8. – С. 5-22.
12. Бохан, Н.А. Психические расстройства, ассоциированные со злоупотреблением синтетическими каннабиноидами (спайсами) / Н.А. Бохан, Г.Ю. Селиванов, А.А. Сальников, К.А. Блонский // Психиатрия. – 2021. – Т. 19. – № 2. – С. 6-16.
13. Бохан, Н.А. Оценка уровня реабилитационного потенциала у пациентов с психозами, ассоциированными с употреблением современных синтетических психоактивных веществ / Н.А. Бохан, Г.М. Усов, С.А. Ракитин // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2023. – Т. 119. – № 2. – С. 16-24.
14. Буданова, А.А. ПАВ-индуцированные психозы у больных шизофренией / А.А. Буданова, Е.О. Бойко, В.В. Северцев // Вопросы наркологии. – 2023. – Т. 35. – № 2. – С. 60-73.
15. Вандыш-Бубко, В.В. Декомпенсации органических психических расстройств в судебно-психиатрической экспертизе: Аналитический обзор / В.В. Вандыш-Бубко, З.Д. Чхиквадзе. – М. : ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2005. – 47с.

16. Вандыш-Бубко, В.В. Судебно-психиатрическая оценка органического психического расстройства / В.В. Вандыш-Бубко // Руководство по судебной психиатрии. В 2 томах. Т.1. : практическое пособие. – Москва: Издательство Юрайт, 2021. – С. 255-278.
17. Васенина, Е.С. Энцефалит с антителами к NMDA-рецепторам как курабельная причина острого психоза: возможности диагностики. (Комментарий к статье Е.В. Снедкова «Существует ли анти-NMDA-рецепторный энцефалит?») / Е.С. Васенина, О.С. Левин // Неврологический вестник. – 2023. – Т. 55. – № 4. – С. 79-88.
18. Введенский, И.Н. О вменяемости алкоголиков / И.Н. Введенский // Судебно-психиатрическая экспертиза / «Советское законодательство». М., 1935. – С. 102-118.
19. Вдовин, А.С. Клинические варианты психозов, связанных с употреблением синтетических каннабиноидов / А.С. Вдовин // Наркология. – 2022. – Т. 21. – № 8. – С. 49-55.
20. Величко, Н.Н. Основы судебной медицины и судебной психиатрии / Н.Н. Величко. – М. : ЦИИНМОКП МВД России, 2000. – 325 с.
21. Волков, В.Н. Кратковременные психические расстройства и их судебно-психиатрическое значение / В.Н. Волков, Г.К. Дорофеев. – М. : Юнити-Дана, 2004. – 144 с.
22. Гиленко, М.В. Судебно-психиатрические аспекты коморбидности органических психических расстройств и зависимости от ПАВ / М.В. Гиленко // Судебная психиатрия. Актуальные проблемы / под ред. проф. В.В. Вандыша. – М.: ФГБУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», 2012. – Вып. 9. – С. 42-51.
23. Гиленко, М.В. Клиническая динамика коморбидных органических психических расстройств и зависимости от алкоголя / М.В. Гиленко, В.В. Вандыш-Бубко // Психическое здоровье. – 2015. – № 9. – С. 18-22.
24. Гиленко, М.В. Клинические варианты органических психических расстройств, коморбидных с зависимостью от алкоголя / М.В. Гиленко // Психическое здоровье. – 2015. – Т. 13. – № 5. – С. 44-49.

25. 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.
26. Голенков, А.В. Клинико-социальные особенности больных шизофренией, совершивших общественно опасные деликты против жизни и здоровья / А.В. Голенков // Российский психиатрический журнал. – 2015. – № 5. – С. 17-23.
27. Голодец, Р.Г. Психозы экзогенно-органической природы с атипичным течением. Клиника, диагностика и лечение психических заболеваний с атипичным течением / Р.Г. Голодец // Клиника, диагностика и лечение психических заболеваний с атипичным течением. – 1981. – № 93. – С. 7-13.
28. Гонгадзе, М.Г. Феномен кратковременных психических расстройств (исключительных состояний) в криминальной и криминалистической практике / М.Г. Гонгадзе // Территория науки. – 2013. – № 6. – С. 132-140.
29. Горинов, В.В. Судебно-психиатрический аспект острых психотических расстройств / В.В. Горинов, Д.Н. Корзун, С.А. Васюков, Е.А. Илюшина, А.Ф. Назарова // Российский психиатрический журнал. – 2017. – № 4. – С. 23-30.
30. Горинов, В.В. Экспертная оценка коморбидной патологии (расстройство личности и синдром зависимости от синтетических каннабиноидов) / В.В. Горинов, Д.Н. Корзун, Д.В. Самылкин // Психическое здоровье. – 2020. – № 12. – С. 65-72.
31. Горинов, В.В. Ограниченная уголовно-процессуальная дееспособность обвиняемых с расстройствами личности / В.В. Горинов, Д.Н. Корзун, Д.В. Самылкин, Е.С. Шеховцева // Российский психиатрический журнал. – 2020. – № 4. – С. 49-57.
32. Гофман, А.Г. Алкогольные психозы: Клиника, классификация / А.Г. Гофман, М.А. Орлова, А.С. Меликсетян // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20. – № 1. – С. 5-12.
33. Гофман, А.Г. Алкогольные психозы и их классификация в МКБ-10 (Материалы конференции «Международная классификация психических расстройств: от

- МКБ-10 к МКБ-11») / А.Г. Гофман, Т.А. Кожина, М.А. Орлова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24 – № 3. – С. 37-41.
- 34.Гофман, А.Г. Синдром психического автоматизма Кандинского-Клерамбо при острых алкогольных галлюцинозах / А.Г. Гофман // Вопросы наркологии. – 2016. – № 9-10. – С. 51-68.
- 35.Гуреева, Д.А. Особенности дифференциальной диагностики шизофрении, интоксикационных психозов вследствие употребления синтетических каннабиноидов и органических психозов на современном этапе / Д.А. Гуреева, Г.А. Гуреев, И.А. Уваров, В.Т. Лекомцев // Практическая медицина. – 2017. – Т. 2 – №1 (102). – С. 19-22.
- 36.Даниелян, А.К. Клиника, дифференциальная диагностика и лечение эндоморфных резидуально-органических психозов : автореф. дис... канд. мед. наук. 14.00.07 / Даниелян Арман Константинович. – Ереван, 1997. – 24 с.
- 37.Джабо, Х.Х. Галлюцинаторно-бредовый синдром у больных с заболеваниями головного мозга травматического и сосудистого генеза (клиника и лечение) : автореф. дис... канд. мед. наук. 14.00.18 / Джабо Хишам Халид Мох Хасан. – М., 2008. – 24 с.
- 38.Дикая, Т.И. Клинико-психопатологические особенности интоксикационных психозов, вызванных употреблением современным синтетических психоактивных веществ / Т.И. Дикая, А.Ю. Симонова, М.М. Поцхверия // Московская медицина. – 2019. – Т. 34. – № 6. – С. 42.
- 39.Дмитриева, Т.Б. Острая интоксикация психоактивными веществами в общей и судебно-психиатрической практике: Клинический обзор. / Составители: Т.Б. Дмитриева, А.Л. Игонин, Т.В. Клименко, Н.Е. Кулагина, Ю.Б. Тузикова. — М., 1997. — 77 с.
- 40.Дмитриева, Т.Б. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших правонарушения в состоянии острой интоксикации (опьянения) психоактивными веществами / Т.Б. Дмитриева, А.Л. Игонин, Т.В. Клименко, Л.Е. Пищикова, Н.В. Кулагина // Наркология. – 2003. – № 3. – С. 12-16.

41. Доброгаева, М.С. Кратковременные расстройства психической деятельности (исключительные состояния) в судебно-психиатрической клинике : автореф. дис. ...д-ра мед. наук. 14.00.18 / Доброгаева Маргарита Сергеевна. – М., 1989. – 44 с.
42. Дубатова, И.В. Анализ клинических проявлений и особенности терапии психотических расстройств у потребителей дизайнерских наркотиков / И.В. Дубатова, И.В. Стоякин, К.А. Карнаух, А.В. Сафроненко // Главный врач Юга России. – 2018. – Т. 59. – № 1. – С. 52-56.
43. Егоров, А.Ю. Особенности алкогольных психозов в психиатрической клинике / А.Ю. Егоров, Д.С. Алексин, Н.Н. Петрова // Вестник СПбГУ. Медицина. – 2012. – Т. 11. – № 1. – С. 29-40.
44. Зайцев, О.С. Послеоперационные психозы у пациентов с глиомами головного мозга / О.С. Зайцев, Н.П. Ильев, О.А. Максакова // Психиатрия. – 2023. – Т. 21. – № 7. – С. 65-75.
45. Иванова, Л.А. Психотические расстройства у лиц, употребляющих синтетические каннабиноиды (спайсы) / Л.А. Иванова, Т.В. Терских, Т.В. Тарасенко, Л.В. Иванова // Клиническая медицина. – 2017. – Т. 114. – № 2. – С. 14-17.
46. Иванцов, В.Ю. Особенности симптома ложных узнаваний при алкогольных психозах / В.Ю. Иванцов // Медицина и экология. – 2012. – № 1. – С. 31-33.
47. Игонин, А.Л. Острая интоксикация психоактивными веществами в общей наркологической и судебно-психиатрической практике / А.Л. Игонин, А.Н. Кривенков, Т.В. Клименко, Ф.С. Сафуанов, Л.Е. Пищикова // Российский психиатрический журнал. – 1998. – № 4. – С. 27-30.
48. Игонин, А.Л. Клиническая, правовая и экспертная оценка различных состояний, вызванных употреблением ПАВ (с учетом последних изменений в российском законодательстве) / А.Л. Игонин, З.И. Кекелидзе, Т.В. Клименко. – М. : ФГБУ «ФМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ, 2015. – 172 с.

- 49.Игумнов, С.А. Патопсихологический профиль пациентов с зависимостью от синтетических катинонов / С.А. Игумнов, С.М. Шахова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2021. – Т. 31. – № 3. – С. 27-31.
- 50.Калинин, В.В. Органические психические расстройства в МКБ-10: несовершенство критериев диагностики или псевдодиагностические категории / В.В. Калинин // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24. – № 3. – С. 42-44.
- 51.Качаев, А.К. К клинике и дифференциальной диагностике сложных форм простого опьянения / А.К. Качаев // Судебно-психиатрическая экспертиза. Вопросы алкоголизма: сборник научных трудов №32 / М., 1979. – С. 3-11.
- 52.Кинкулькина, М.А. Психотические расстройства, связанные с употреблением синтетических катинонов (аналитический обзор) / М.А. Кинкулькина, М.А. Винникова, В.В. Северцев // Наркология. – 2021. – Т. 20. – № 7. – С. 52-60.
- 53.Кириллова, Л.А. Клинические особенности атипичных состояний простого алкогольного опьянения у больных алкоголизмом : автореф. дис. ... канд. мед. наук. 14.00.45 / Кириллова Лилия Александровна. – М., 1990. – 29 с.
- 54.Клименко, Т.В. Судебно-психиатрическая оценка острой алкогольной интоксикации с атипичной клинической картиной: методические рекомендации / Т.В. Клименко, А.Л. Игонин, Н.Е. Кулагина, Н.Ю. Олифиренко. – М. : ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2004. – 24 с.
- 55.Клименко, Т.В. Судебно-психиатрическая и комплексная судебная нарколого-психиатрическая экспертиза лиц, злоупотребляющих алкоголем, в уголовном процессе / Т.В. Клименко // Алкоголизм: Руководство для врачей / М. : ООО Издательство «Медицинское информационное агентство». М., 2011. С. 721-750.
- 56.Клименко, Т.В. Синдромокинез алкогольной интоксикации / Т.В. Клименко, А.А. Козлов, А.А. Романов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24. – № 4. – С. 26-30.
- 57.Клименко, Т.В. Психические и поведенческие расстройства при употреблении и зависимости от синтетических каннабиноидов (эпидемиология, диагностика,

- клиника, терапия и профилактика) / Т.В. Клименко, А.А. Козлов, С.А. Игумнов, С.М. Шахова. – М. : ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2022. – С. 124-128.
58. Кондратьев, Ф.В. Роль личности в опасном поведении психически больных / Ф.В. Кондратьев // Вопросы соотношения биологического и социального в психиатрии. Москва, 1984. – С. 83-93.
59. Кондратьев, Ф.В. Анализ сочетаний наркоманий и пограничных состояний (судебно-психиатрический аспект) / Ф.В. Кондратьев, С.М. Герасимова, С.П. Разумовская // Сочетанные психические расстройства различного генеза в судебно-психиатрической практике: сборник научных трудов. М., 1991. – С. 46-54.
60. Конопкин, О.А. Структурно-функциональный и содержательно-психологический аспекты осознанной саморегуляции / О.А. Конопкин // Психология. Журнал ВШЭ. – 2005. – Т. 2. – № 1. – С. 27-42.
61. Корзун, Д.Н. К вопросу о методологии судебно-психиатрической экспертизы / Д.Н. Корзун, А.А. Ткаченко // Российский психиатрический журнал. – 2012. – № 5. – С. 23-30.
62. Корзун, Д.Н. Судебно-психиатрическая оценка юридически значимых способностей и механизмов регуляции поведения / Д.Н. Корзун, А.А. Ткаченко // Российский психиатрический журнал. – 2013. – № 3. – С. 4-12.
63. Корнилов, А.А. Резидуальная органическая недостаточность головного мозга в клинике алкогольных психозов у молодых / А.А. Корнилов, Н.В. Ухтина, А.М. Селедцов // Медицина в Кузбассе. – 2010. – Т. 9. – № 1. – С. 37-39.
64. Котов, В.П. Критерии и обоснование дифференцированного применения принудительных мер медицинского характера в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния: Методические рекомендации / В.П. Котов, В.Б. Голланд, М.М. Мальцева, Л.А. Яхимович. – М. : ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития, 2011. – 24 с.

65. Кузьмина, У.Ш. Рассеянный склероз с эпизодом шизофреноподобного синдрома / У.Ш. Кузьмина, А.В. Тухватуллин, К.З. Бахтиярова, М.А. Кутлубаев, О.В. Лютов, Т.Р. Гизатуллин // Журнал неврологии и психиатрии им С.С. Корсакова. – 2023. – Т. 123. – № 4. – С. 120-124.
66. Куржупов, К.А. Алкогольные психозы в Курской области: клиника, патоморфоз, терапия : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Куржупов Кирилл Александрович. – М., 2010. – 24 с.
67. Лесников, О.И. Психотические и когнитивные расстройства при алкоголизме : автореф. дис. ... канд. мед. наук. 14.01.06 / Лесников Олег Игоревич. – М., 2018. – 26 с.
68. Макаров, И.В. Клиническая типология органических психозов у детей и подростков / И.В. Макаров // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2013. – Т. 9. – № 113. – С. 14-17.
69. 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.
70. Макушкина, О.А. Назначение и выбор вида принудительных мер медицинского характера в аспекте эффективной профилактики общественно опасных действий лиц с психическими расстройствами / О.А. Макушкина // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2019. – Т. 103. – № 2. – С. 118-127.
71. Макушкина, О.А. Методические основы судебно-психиатрической оценки общественной опасности и выбора принудительных мер медицинского характера: методические рекомендации / О.А. Макушкина, А.С. Дмитриев, И.Н. Винникова. – М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им.В.П. Сербского» Минздрава России, 2019. – 32 с.
72. Малышева, Т.Л. Экзогенно-органические психозы и их дифференциальный диагноз в клинике судебной психиатрии / Т.Л. Малышева // Судебно-медицинская экспертиза. – 1996. – № 2. – С. 36-39.

73. Мальцева, М.М. Опасные действия психически больных / М.М. Мальцева, В.П. Котов. – М.: «Медицина», 1995. – 256 с.
74. Марков, А.В. Психические расстройства у потребителей синтетических катинонов на этапе становления ремиссии (клинико-психопатологические и реабилитационные аспекты) : автореф. дис. ...канд. мед. наук / Марков Александр Викторович. – М., 2024. – 24 с.
75. Морозов, Г.В. Дифференциальная диагностика состояний опьянения в практике экспертизы / Г.В. Морозов, А.К. Качаев, Г.Я. Лукачер // Практика судебно-психиатрической экспертизы: сборник научных трудов, вып. 21 / Под ред. Г.В. Морозова. М., 1973.
76. Морозов, Г.В. Дифференциальная диагностика простого и патологического опьянения / Г.В. Морозов, А.К. Качаев, Г.Я. Лукачер – М. : Медицина, 1973.
77. Морозов, Г.В. О дифференциальной диагностике различных форм алкогольных психозов / Г.В. Морозов, Н.Н. Иванец // Проблемы алкоголизма. Клиника, патогенез и лечение алкогольных заболеваний: сборник научных трудов, вып. 4. М., 1974. – С. 5-10.
78. Мучник, П.Ю. Органические и экзогенно-органические психические расстройства. Учебно-методическое пособие / П.Ю. Мучник, О.В. Задорожная – Санкт-Петербург. : Издательство СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2016. – 51с.
79. Немкова, Т.И. Изменение клинической картины острого алкогольного галлюциноза за последние 50 лет / Т.И. Немкова, А.Г. Гофман // Социальная и клиническая психиатрия. – 2018. – Т. 28. – № 2. – С. 25-29.
80. Олифиренко, Н.Ю. Атипичные формы острой интоксикации алкоголем у лиц с органическим психическим расстройством (клиника, диагностика, судебно-психиатрическое значение) : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Олифиренко Наталья Юрьевна. М., 2002. – 26 с.
81. Олифиренко, Н.Ю. Характеристика некоторых клинических, социальных и криминологических параметров лиц с атипичной картиной острой алкогольной интоксикации / Н.Ю. Олифиренко // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2003. – Т. 2. – № 1. – С. 41-46.

82. Охернал, М. К вопросу об атипичном алкогольном опьянении и его судебно-психиатрической оценке / М. Охернал, Г. Шевчик // Судебно-психиатрическая экспертиза. Вопросы алкоголизма: сборник научных трудов № 32 / под ред. Г.В. Морозова. – М., 1979.
83. Патрикеева, О.Н. Клинико-динамические особенности психотических нарушений, вызванных употреблением синтетических каннабиноидов : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.06, 14.01.27/ Патрикеева Ольга Николаевна. М., 2018. – 28 с.
84. Печерникова, Т.П. Современное состояние вопроса о патологическом опьянении / Т.П. Печерникова, М.С. Доброгаева // Актуальные вопросы наркологии. – Кишинев.: Штиинца, 1986. – С. 131-132.
85. Пивень, Б.Н. Некоторые итоги изучения экзогенноорганических заболеваний головного мозга / Б.Н. Пивень, И.И. Шереметьева, Л.В. Лещенко, А.В. Плотников, А.А. Примоченок, И.Д. Санашева, О.В. Сартакова, Н.П. Смирнова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – Т. 21. – № 1. – С. 94-99.
86. Пивень, Б.Н. Экзогенно-органические психические расстройства / Б.Н. Пивень – Барнаул. : Издательство АГМУ, 2013. – 236 с.
87. Пивень, Б.Н. Экзогенно-органические заболевания головного мозга – парадоксальная проблема клинической психиатрии / Б.Н. Пивень // Журнал неврологии и психиатрии. – 2017. – № 3. – С. 113-116.
88. Ракитин, С.А. Клинический пример психоза, развившегося на фоне острой интоксикации синтетическими каннабиноидами / С.А. Ракитин, М.В. Курушкин, С.В. Мищенко, Т.А. Зубкова // Омский психиатрический журнал. – 2020 – Т. 25. – № 2. – С. 8-11.
89. Рожнов, В.Е. О дифференциальном диагнозе между простым и патологическим опьянением / В.Е. Рожнов // Проблемы судебной психиатрии, вып. 18 / Под ред. Г.В. Морозова. – М. : Медицина, 1967. – С. 142-156.
90. Северцев, В.В. Психотические расстройства, связанные с употреблением синтетических катинонов: клинические особенности, подходы к лечению,

- прогноз : автореф. дис. ...канд. мед. наук / Северцев Всеволод Вячеславович. – М., 2024 – 24 с.
- 91.Сергеев, В.А. Шизофреноподобные психозы при травматической болезни головного мозга: особенности клиники и терапии / В.А. Сергеев, Я.В. Чернявский // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. – 2014. – Т. 21. – № 1. – С. 26-29.
- 92.Самылкин, Д.В. Судебно-психиатрическая оценка уголовно-процессуальной дееспособности больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния : дис. ... канд. мед. наук: 14.01.06 / Самылкин Денис Викторович. – М., 2017. – 195 с.
- 93.Скрипников, А.Н. Клиническая характеристика манифестации параноидной формы шизофрении, сочетанной с употреблением каннабиноидов / А.Н. Скрипников, П.В. Кидонь // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2016. – Т. 1. – № 7. – С. 22-29.
- 94.Стрельчук, И.В. Интоксикационные психозы / И.В. Стрельчук – М., 1970. – 301 с.
- 95.Таюрская, Е.А. Уголовно-правовая оценка состояния опьянения / Е.А. Таюрская // Вестник восточно-сибирского института Министерства внутренних дел России. – 2014. – Т. 68. – № 1. – С. 28-32
- 96.Тешабаева, Г.Д. Клинические особенности больных с алкогольными психозами / Г.Д. Тешабаева, Б.А. Аликулов // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2014. – Т. 2. – № 9. – С. 610-611.
- 97.Тиганов, А.С. Руководство по психиатрии / А.С. Тиганов, А.В. Снежневский, Д.Д. Орловская // Руководство под редакцией А.С. Тиганова. – М. : Медицина, 1999, – 712 с.
- 98.Тихонова, Ю.Г. Распространенность и факторы риска делирия при COVID-19 / Ю.Г. Тихонова, М.А. Кинкулькина, А.В. Волков, В.А. Седелкова, Т.И. Авдеева, Т.А. Изюмина, М.А. Макарова, Т.Н. Максимова, М.Ю. Бровко, С.В. Моисеев, Н.Н. Иванец // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2023. – Т. 123. – № 7. – С. 86-92.

99. Ткаченко, А.А. Судебно-психиатрическая оценка уголовно-процессуальной дееспособности больных с расстройствами шизофренического спектра / А.А. Ткаченко, Д.В. Самылкин // Социальная и клиническая психиатрия. – 2015. – Т. 25. – № 3. – С. 17-24.
100. Ткаченко, А.А. Судебно-психиатрическая экспертиза по оценке уголовно-процессуальной дееспособности и способности к даче показаний / А.А. Ткаченко, Д.Н. Корзун // Судебно-психиатрическая экспертиза. М., 2016. С. 299-350.
101. Ткаченко, А.А. Судебно-психиатрическая оценка уголовно-процессуальной дееспособности / А.А. Ткаченко, Д.Н. Корзун, М.В. Усюкина, Д.В. Самылкин, Е.Ю. Харитonenкова // Книга «Судебно-психиатрическая диагностика» под редакцией Е.В. Макушкина, А.А. Ткаченко. М. : ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2017. – С. 412-471.
102. Уманская, П.С. Особенности патоморфоза алкогольных психозов / П.С. Уманская // Тюменский медицинский журнал. – 2010. – № 1. – С. 43-45.
103. Усов, Г.М. Психопатологическая структура психозов, развившихся на фоне употребления современных синтетических психоактивных веществ / Г.М. Усов, С.А. Ракитин // Неврологический вестник. – 2020. – Т. LII. – № 2. – С. 40-45.
104. Усюкина, М.В. Ограниченная уголовно-процессуальная дееспособность у обвиняемых, страдающих эпилепсией / М.В. Усюкина, Е.Ю. Харитonenкова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2015. – Т. 25. – № 4. – С. 38-44.
105. Усюкина, М.В. Психические расстройства у больных эпилепсией, препятствующие способности самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном процессе / М.В. Усюкина, Е.Ю. Харитonenкова // Российский психиатрический журнал. – 2015. – № 2. – С. 24-30.
106. Фастовцов, Г.А. Дифференциальная диагностика шизофренических и интоксикационных психозов и их экспертная оценка / Г.А. Фастовцов // Судебная психиатрия: современные проблемы теории и практики

- (диагностика, экспертиза, профилактика): материалы научно-практической конференции с международным участием, Москва, 18-20 сентября 2018 года. М. : ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ, 2018. – С. 167-169.
107. Фастовцов, Г.А. Проблема диагностики шизофрении у больных, потребляющих психоактивные вещества / Г.А. Фастовцов, С.Н. Осколкова // Российский психиатрический журнал. – 2018. – № 5. – С. 51-63.
108. Федотов, А.Ю. Судебная психиатрия и судебно-психиатрическая экспертиза. Учебник. – М. : НОУ Современный Гуманитарный Институт, 2000. – 90 с.
109. Федотов, И.А. Индуцированные наркотическими веществами психозы и шизофрения: точки соприкосновения / И.А. Федотов, Д. Кватрон, Д.И. Шустов // Российский медико-биологический вестник им. Академика И.П. Павлова. – 2020. – Т. 28. – № 3. – С. 593-604.
110. Фельдман, Э.С. Формы и варианты острого алкогольного опьянения / Э.М. Фельдман // Алкоголизм и алкогольные психозы / Под ред. И.И. Лукомского. – М., 1963. – С. 38-48.
111. Фрейеров, О.Е. К вопросу о клинике психотических эпизодов, возникающих в состоянии острой алкогольной интоксикации / О.Е. Фрейеров // Практика судебно-психиатрической экспертизы: сборник научных трудов, вып. 21. М., 1973.
112. Фрумкин, Я.К. Клиника так называемого патологического опьянения / Я.К. Фрумкин, С.М. Лившиц // Проблемы судебной психиатрии, вып. 18. М., 1967. – С. 196-202.
113. Халецкий, А.М. О простом и патологическом опьянении / А.М. Халецкий // Проблемы судебной психиатрии, вып. 18. М. : Медицина, – 1967. – С. 203-214
114. Хорошилов, Г.П. Интоксикационные психозы, связанные с употреблением современных психоактивных веществ / Г.П. Хорошилов, А.В. Худяков // Практическая медицина. – 2015. – Т. 90. – № 5. – С. 7-10.
115. Хохлов, Л.К. Экзогенно-органическая психопатология: неврозоподобные состояния, острые, затяжные симптоматические психозы, психоорганические

- синдромы. Терапия когнитивных расстройств // Л.К. Хохлов, А.Л. Хохлов – Ярославль. : ООО «Фотолайф», 2019. – 413с.
116. Хрящев, А.В. Социально-клинические особенности шизофрении, впервые выявленной во время недобровольной госпитализации и судебно-психиатрической экспертизы / А.В. Хрящев, А.В. Петракова, Е.И. Гришина, М.В. Сероштанов, Е.В. Яворская // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 6. – 8 с.
117. Цебекова, Г.В. Уголовно-процессуальная дееспособность участников уголовного судопроизводства с психическими расстройствами / Г.В. Цебекова, В.В. Басанов, К.В. Мукабенов // Право и практика. – 2019. – № 1. – С. 129-133.
118. Чеботков, Д.С. Особенности течения психоорганического синдрома при различных патологиях мозга на примере пациентов нейрохирургического отделения / Д.С. Чеботков, В.Ю. Тюрина, Д.Р. Колпикова, В.В. Скворцов, М.В. Виноградова, К.А. Дурноглазова, А.В. Лескова, А.В. Киселева // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2024. – № 3. – С. 312-323.
119. Шамрей, В.К. Феноменологические особенности психотических расстройств у потребителей синтетических катинонов / В.К. Шамрей, А.В. Марков, Е.С. Курасов, А.И. Колчев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2022. – Т. 32. – № 1. – С. 102-109.
120. Шахова, С.М. Зависимость от курительных смесей, имеющих в составе синтетические каннабиноиды : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.27, 14.01.06 / Шахова Светлана Михайловна. – М., 2018. – 22 с.
121. Юков, О.С. Исследование манифестной симптоматики в рамках первого приступа шизофрении, спровоцированного приемом новых потенциально опасных психоактивных веществ / О.С. Юков // Актуальные вопросы фундаментальной и клинической медицины: Сборник материалов конгресса молодых ученых, 19-20 ноября 2020 года под ред. В.А. Степанова, Е.Л. Чойнзонова, С.В. Попова, Н.А. Бохана, В.В. Жданова. Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 2020. – С. 451-454.

122. Alderson, H.L. Risk of transition to schizophrenia following first admission with substance-induced psychotic disorder: a population-based longitudinal cohort study / H.L. Alderson, D.M. Semple, C. Blayney et al. // *Psychological Medicine*. – 2017. – T. 14. – № 47. – P. 2548-2555.
123. Appelbaum, P.S. Settled Insanity: Substance Use Meets the Insanity Defense / P.S. Appelbaum // *Psychiatr. Serv.* – 2022. – T. 73. – № 1. – P. 105-107.
124. Barnes, T.R. Comorbid substance use and age at onset of schizophrenia / T.R. Barnes, S.H. Mutsatsa, S.B. Hutton, H.C. Watt, E.M. Joyce // *The British Journal of Psychiatry*. – 2006. – № 188. – P. 237-242.
125. Baldaçara, L., Managing drug-induced psychosis / L. Baldaçara, A. Ramos, J.M. Castaldelli-Maia // *Int Rev Psychiatry*. – 2023. – T. 35. – № 5-6. – P. 496-502.
126. Baumann, M.H. Baths salts, spice, and related designer drugs: the science behind the headlines / M.H. Baumann, E.Jr. Solis, L.R. Watterson et al. // *J. Neurosci.* – 2014. – T. 46 – № 34. – P. 15150-15158.
127. Bourget, D. Forensic Considerations of Substance-Induced Psychosis / D. Bourget // *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. – 2013. – T. 41. – № 2. – P. 168-173.
128. Bramness, J.G. Substance-induced psychosis – a problematic diagnosis / J.G. Bramness, A. Syse, E.B. Rognli // *Tidsskr Nor Laegeforen.* – 2023. – T. 143. – № 3. – 7 p.
129. Daswani, R.R. A systematic review and meta-analysis of synthetic cathinone use and psychosis / R.R. Daswani, C.M. Choles, D.D. Kim, A.M. Barr // *Psychopharmacology (Berl)*. – 2024. – T. 241. – № 5. – P. 875-896.
130. Diestelmann, M. MDPV in forensic routine cases: Psychotic and aggressive behavior in relation to plasma concentrations / M. Diestelmann, A. Zangl, I. Herrle et al. // *Forensic Science International*. – 2018. – № 283. – P. 72-84.
131. Fiorentini, A. Substance-Induced Psychoses: An Updated Literature Review / A. Fiorentini., F. Cantu, C. Crisanti, G. Cereda, L. Oldani, P. Brambilla // *Frontiers in Psychiatry*. – 2021. – T. 12. – P. 1-15.

132. Ghose, S. Substance-Induced Psychosis: An Indicator of Development of Primary Psychosis? / S. Ghose // *American Journal of Psychiatry*. – 2018. – T. 175. – № 4. – P. 303-304.
133. Gicas, K.M. Substance-induced psychosis and cognitive functioning: A systematic review / K.M. Gicas, P.K. Parmar, G.F. Fabiano, F. Mashhadi // *Psychiatry Research*. – 2022. – T. 308. – P. 114-361.
134. Ham, S. Drug abuse and psychosis: new insights into drug-induced psychosis / S. Ham, T.K. Kim, S. Chung, H.I. Im // *Experimental Neurobiology*. – 2017. – T. 26. – № 1. – P. 11-24.
135. Inchausti, L. Diagnostic stability in substance-induced psychosis / L. Inchausti, I. Gorostiza, M.A. Gonzales Tores, R. Oraa / *Rev Psiquiatria Salud Mental (Engl Ed)*. – 2022. – T. 15. – № 4. – P. 272-280.
136. Jordaan, G.P. Alcohol-induced psychotic disorder: a comparative study on the clinical characteristics of patients with alcohol dependence and schizophrenia / G.P. Jordaan, D.G. Nel, R.H. Hewlett, R. Emsley // *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. – 2019. – T. 70. – № 6. – P. 870-876.
137. Kothari, S. Psychosis secondary to thyrotoxicosis that persisted post-thyroidectomy: a case report / S. Kothari, W. Townsend, Z. Chaudhry, S. Kalin, K. Freeman // *BMC Psychiatry*. – 2023. – T. 23. – № 1. – P. 750.
138. Litjens, R.P.W. Hallucinogen persisting perception disorder and the serotonergic system: A comprehensive review including new MDMA-related clinical cases / R.P.W. Litjens, T.M. Brunt, G.J. Alderliefste, R.H.S. Westerink // *Experimental Neurobiology*. – 2014. – T. 24. – № 8. – P. 1309-23.
139. Liu, Y. Violent offences of methamphetamine users and dilemmas of forensic psychiatric assessment / Y. Liu, B. Hao, Y. Shi et al. // *Forensic sciences research*. – 2017. – T. 1. – № 2. – P. 11-17.
140. McKetin, R. Differences in the symptom profile of methamphetamine-related psychosis and primary psychotic disorders / R. McKetin, A.L. Baker, S. Dawe, A. Voce, D.I. Lubman // *Psychiatry Research*. – 2017. – № 251. – P. 349-354.

141. Mellsop, G. Drug driven psychoses and legal responsibility or insanity in six Western Pacific nations / G. Mellsop, W.K. Choi, S. Every-Palmer et al. // *International Journal of Law and Psychiatry*. – 2016. – № 47. – P. 68-73.
142. Murray, R.M. Cannabis-associated psychosis: Neural substrate and clinical impact / R.M. Murray, A. Englund, A. Abi-Dargham et al. // *Neuropharmacology*. – 2017. – № 124. – P. 89-104.
143. Narasimha, V.L. Phenomenology and Course of Alcoholic Hallucinosis / V.L. Narasimha, R. Patley, L. Shukla et al. // *Journal of Dual Diagnosis*. – 2019. – T. 3. – № 15. – P. 172-176.
144. Nielsen, S.M. Association between alcohol, cannabis, and other illicit substance abuse and risk of developing schizophrenia: a nationwide population based register study / S.M. Nielsen, N.G. Toftdahl, M. Nordentoft, C. Hjorthøj // *Psychological Medicine*. – 2017. – T. 9. – № 47. – P. 1668-1677.
145. Palma-Alvarez, R.F. Quinolone-induced psychosis: an updated review / R.F. Palma-Alvarez, J. Duque-Yemail, E. Ros-Cucurull, M. Robles-Martínez, M. Perea-Ortueta, L. Grau-López, J.A. Ramos-Quiroga // *Actas Esp Psiquiatr*. – 2020. – T. 48. – № 3. – P. 126-137.
146. Papanti, D. "Spiceophrenia": a systematic overview of "spice"-related psychopathological issues and a case report / D. Papanti, F. Schifano, G. Botteon et al. // *Human Psychopharmacology Clinical and Experimental*. – 2013. – T. 4 – № 28. – P. 379-389.
147. Rentero, D. Cannabis-induced psychosis: clinical characteristics and its differentiation from schizophrenia with and without cannabis use / D. Rentero, F. Arias, S. Sánchez-Romero, G. Rubio, R. Rodríguez-Jiménez // *Adisiones*. – 2021. – T. 31. – № 2. – P. 114-361.
148. Rognli, E.B. Amphetamine-induced psychosis or schizophrenia? / E.B. Rognli, S.E. Medhus, J.G. Bramness // *Tidsskr Nor Laegeforen*. – 2015. – T. 3. – № 135. – P. 249-251.
149. Ross, E.A. Psychoactive "bath salts" intoxication with methylenedioxypropylone / E.A. Ross, G.M. Reisfield, M.C. Watson, C.W.

- Chronister, B.A. Goldberger // *The American journal of medicine.* – 2012. – T. 9. – № 125. – P. 854-858.
150. Sampathi, B.R. Capgras syndrome in substance-induced psychosis / B.R. Sampathi, A. Sofine, J. Alvarez, R. Bota // *Mental illness.* – 2018. – T. 10. – № 2. – P. 38-39.
151. Skryabin, V.Y. Acute Alcoholic Hallucinosiis: A Review / V.Y. Skryabin, G. Martinotti, J. Franck, M.S. Zastrozhin // *Psychopathology.* – 2023. – T. 56. – № 5. – P. 383-390.
152. Srisurapanont, M. Comparisons of methamphetamine psychotic and schizophrenic symptoms: a differential item functioning analysis / M. Srisurapanont, S. Arunpongpaisal, K. Wada et al. // *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry.* – 2011. – T. 4. – № 35. – P. 959-964.
153. Stiles, B.M. Bath Salt-Induced Psychosis: Nursing Assessment, Diagnosis, Treatment, and Outcomes / B.M. Stiles, A.F. Fish, C.A. Cook, V. Silva // *Perspectives In Psychiatric Care.* – 2016. – T. 1. – № 52. – P. 68-78.
154. Trudeau, K.J. Burden of Schizophrenia or Psychosis-Related Symptoms in Adults Undergoing Substance Abuse Evaluation / K.J. Trudeau, J. Burtner, A.J Villapiano et al. // *Journal of Nervous & Mental Disease.* – 2018. – T. 206. – № 7. – P. 528-536.
155. Vallersnes, O.M. Psychosis associated with acute recreational drug toxicity: a European case series / O.M. Vallersnes, A.M. Dines, D.M. Wood et al. // *BMC Psychiatry.* – 2016. – T. 1. – № 16. – P. 293.
156. Wei-Ling Chen. The Epidemiology and Progression Time From Transient to Permanent Psychiatric Disorders of Substance-Induced Psychosis in Taiwan / Wei-Ling Chen, Chia-Hung Hsieh, Hao-Teng Chang et al. // *Addictive Behaviors.* – 2015. – № 47. – P. 1-4.
157. Weinstein, A.M. Synthetic Cathinone and Cannabinoid Designer Drugs Pose a Major Risk for Public Health / A.M. Weinstein, P. Rosca, L. Fattore, E.D. London // *Frontiers in Psychiatry.* – 2017. – № 8. – P. 156.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

Разбор клинического случая из группы связанных с приемом ПАВ психозов

Подэкспертный обвинялся в покушении на угон транспортного средства, а именно 05.08.13г., находясь в автомобиле ВАЗ 21074 под управлением потерпевшего, двигающегося по автодороге «Дон» в районе Тульской области, нанес последнему несколько ударов кулаком в область лица и попытался вытолкнуть его из салона автомашины, намереваясь совершить угон указанной автомашины, но не смог этого сделать, так как был задержан другими очевидцами. Вину признавал, от дачи показаний отказался. В СИЗО сообщал о «голосах внутри головы»; 10.08.13г. подэкспертный, находясь в СИЗО, осматривался второй раз психиатром в связи с жалобами на «голоса» внутри головы. Во время осмотра был ориентирован правильно. Сообщал, что слышит «голоса родственников», которые говорят ему, как вести себя. После прохождения АСПЭ направлен в Центр Сербского. Рассказывал, что марихуану впервые попробовал в 17 лет, в дальнейшем продолжил курение марихуаны с различной частотой, а в последний год перешел на ее ежедневное курение. Сообщал, что после приезда в Россию в июле 2013 года стал также систематически курить «спайс». Рассказывал, что после употребления «спайсов» он становился агрессивным, периодически не узнавал окружающих, казалось, что люди замышляют против него «заговор», а недавно появились «голоса внутри головы». Сообщал, что «голоса» слышались как родственников, так и незнакомых людей, заставляли выполнять их приказы. Пояснял, что в какой-то момент ему стало казаться, что «это все игра», в которой нужно было выполнять приказы «голосов», которые говорили ему нападать на людей и драться с ними. О событиях правонарушения рассказывал, что за два дня до правонарушения «голоса» приказали ему избить одного из рабочих. Пояснял, что после этого случая его тут же уволили, купили билет на поезд и он должен был уехать обратно домой. Рассказывал, что в поезде снова появились «голоса», которые стали говорить ему, что не надо никуда уезжать, что его могут обмануть и надо вернуться обратно, чтобы забрать зарплату. «Голоса» приказали ему сорвать стоп-кран, подраться с проводником, затем он выскочил из поезда в одних шортах и футболке, оказался в каком-то поле, где переночевал. На утро дошел до какой-то железнодорожной станции, сел в электричку, где вновь возникли «голоса», которые стали говорить, чтобы он выходил из электрички. Он вышел на какой-то станции, затем незнакомый парень на мопеде довез его до заправочной станции. На автозаправке вновь возникли «голоса», которые стали говорить, что надо подраться с 5 людьми. Он начал драться со всеми, затем через лес выбежал на проезжую часть, остановил машину, попросил водителя довести до его места работы. В машине «голоса» стали говорить, что все «подстроено», что водитель – это «каскадер и его надо выкинь из машины». Между ним и водителем завязалась драка, затем к машине подбежали еще какие-то люди, которые связали его и положили в багажник машины. В багажнике «голоса» продолжали говорить, что надо его выбить и убежать. Затем приехали сотрудники полиции, с которыми он также пытался подраться, и доставили в отделение полиции. Говорил, что, находясь в СИЗО, «голоса» продолжались еще несколько дней, «приказывали кидаться на сокамерников, а также избивать себя». Поясняет, что после назначенного лечения «голоса» прекратились. В отделении был спокоен, бездеятелен, конфликтных ситуаций не

создавал, режиму подчинен. Мышление ближе к конкретному типу. Суждения категоричные, облегченные. Интеллект в целом соответствует полученному образованию и жизненному опыту. Память не нарушена. Эмоциональные реакции лабильные, в целом адекватны сложившейся ситуации. Обманов восприятия и бреда нет. Критика к своему состоянию и сложившейся судебной-следственной ситуации снижена.

Данный пример демонстрирует психоз, спровоцированный приемом наркотических средств, характеризующийся эндоформной симптоматикой – у подэкспертного, употребляющего вышеуказанные наркотические средства (длительный систематический прием природных каннабиноидов с последующим присоединением синтетических каннабиноидов), на фоне нарастающей напряженности и параноидной настроенности возникли бредовые идеи отношения, появились вербальные псевдогаллюцинации императивного характера, отрывочные идеи воздействия, преследования, инсценировки, что сопровождалось совершением ООД по механизму императивного галлюциноза. В данном случае ведущим на период совершения ООД был **синдром психических автоматизмов**, а в заключении была использована диагностическая рубрика МКБ-10 - F19.50 *«психотическое расстройство, связанное с употреблением ПАВ, преимущественно шизофреноподобное»*. В ходе следствия подэкспертный от дачи показаний отказался, так как к тому моменту психотическое расстройство еще не разрешилось. Течение психоза имело затяжной характер, но к моменту проведения СПЭ в Центре Сербского в условиях отказа от приема ПАВ психотическое состояние постепенно разрешилось, но критика к перенесенному психозу была формальная. На первый план у подэкспертного выходили нарушения, являющиеся следствием длительного приема каннабиноидов, такие как конкретность мышления, облегченность суждений, эмоциональная лабильность при снижении критических способностей (ведущий актуальный синдром в виде **легких когнитивных нарушений**). В рамках проведенной СПЭ ему устанавливался также фоновый диагноз «синдром зависимости от нескольких ПАВ». По УПД давалось заключение о том, что подэкспертный может понимать характер и значение уголовного судопроизводства (сущность процессуальных действий и получение

посредством их доказательств) и своего процессуального положения, способен к самостоятельному совершению действий, направленных на реализацию своих процессуальных прав и обязанностей, однако в связи с имевшимся у него временным психическим расстройством в период инкриминируемого ему деяния он не мог правильно воспринимать внутреннюю сторону обстоятельств, относящихся к периоду инкриминируемого ему деяния, но в связи с отсутствием на период ООД помрачения сознания и тотальной амнезии, наличием формальной критики к состоянию и сохранности воспоминаний, имеющих значение для дела, **он может давать показания о внешней стороне событий периода ООД.** Учитывая формальность критики к перенесенному психотическому состоянию, анозогнозию зависимости от наркотических веществ, наличие когнитивных нарушений, а также возможность повторного возникновения психотического состояния, что связано с опасностью для себя и других лиц и возможностью причинения им иного существенного вреда, поэтому в настоящее время подэкспертный нуждается в применении к нему принудительных мер медицинского характера в виде принудительного лечения в медицинской организации, оказывающей помощь в **стационарных условиях специализированного типа.**

Приложение Б

Разбор клинического случая из группы связанных с приемом ПАВ психозов

Подэкспертный обвинялся в убийстве и покушении на убийство, а именно он 22.10.14г., находясь в доме по указанному адресу, путем удушения совершил убийство своей жены, а затем нанес множественные колото-резаные ранения отчиму и малолетней дочери. Опасные последствия в виде смерти отчима и малолетней дочери не наступили по не зависящим от него причинам, в связи с тем, что действия его были пресечены, а потерпевшим своевременно оказана медицинская помощь. В моче подэкспертного был обнаружен тетрагидроканнабинол. Подэкспертный, будучи допрошенным 22.10.2014г. в качестве подозреваемого, сообщил, что полностью признает свою вину и раскаивается. От дачи показаний отказался, ссылаясь на ст. 51 Конституции РФ. Аналогичные показания он давал и на допросе в качестве обвиняемого 22.10.14г. В последующем находился в ПБ в связи с обманами восприятия в ИВС. На СПЭ в Центре Сербского не скрывал, что длительное время курил «марихуану, спайсы» до 4-5 раз в сутки, испытывал тягу, периодически, прекращая употребление, становился раздражительным, вспыльчивым, дрался с женой, ломал мебель. Говорил, что в настоящее время живет «как во сне», его обвиняют в преступлении, которое не совершил т.к. «все видел, но сам ничего не делал». При расспросе сообщал, что испытывает неопределенную тревогу, но на душе «ничего нет», «наверное, я сам инопланетянин». Рассказывал, что незадолго до задержания после курения «спайса» попал под действие «субстанции», которая «как дым сигарет черного цвета, очень быстро двигалась, подсеялась к людям, чтобы управлять ими», понимал это по ощущению «электрического покалывания» в конечностях, «шипению кошки», которая «видит больше, чем обычные люди». Повествовал, что «субстанция, имея космическое происхождение, вклинивалась в мысли, окружающие казались чужеродными», зрачки людей становились щелевидными, мочки ушей деформировались, от них «исходила негативная энергия», становилось страшно, видел в родственниках инопланетян, глаза их становились миндалевидными, «ощущал от них угрозу». Недоверчиво относился к предъявленному ему обвинению, строил версии, что «жена жива», он «по программе переместил ее в другое измерение», «дочь и отчима не трогал», «что-то непонятное там было», «отчего-то ведь я убежал, ноги отморозил». Высказывал предположение, что инопланетяне и сейчас проводят какое-то исследование, внедряются в людей. Понял это, обнаружив у себя на затылке вместо жировика – «чип, который периодически собирает информацию о нем и окружающих». Спонтанно проговаривал, что у него периодически возникают суицидальные мысли.

Данный психоз также был спровоцирован приемом наркотических средств каннабиноидной структуры (при ХТИ обнаружены природные каннабиноиды), но характеризовался более выраженной шизофрепоподобной структурой – идеаторные психические автоматизмы с сенестопатиями, бред воздействия, вплоть до синдрома Кандинского-Клерамбо, идеи фантастического содержания,

интерметаморфозы, и не разрешился к моменту проведения экспертизы (деперсонализация, бредовые идеи воздействия и преследования), однако иных нарушений, характерных для эндогенного расстройства, не выявлялось (мышление, эмоционально-волевая сфера). На момент совершения ООД ведущим был **аффективно-бредовый синдром**, а в заключении была использована диагностическая рубрика МКБ-10 - F12.50 *«психотическое расстройство, связанное с употреблением каннабиноидов, преимущественно шизофреноподобное»*, из которого к моменту проведения СПЭ подэкспертный не вышел. В заключении отмечалось также наличие фонового расстройства в виде «синдрома зависимости от каннабиноидов». Ведущим на момент СПЭ у подэкспертного был **бредовый синдром** с нарушением смыслового уровня регуляции поведения, то есть **интеллектуального** и, как следствие, **волевого** компонентов юридического критерия УПД, что лишает его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания, он не может понимать характер и значение уголовного судопроизводства (сущность процессуальных действий и получаемых посредством их доказательств) и своего процессуального положения (содержание своих процессуальных прав и обязанностей), а также не способен к самостоятельному совершению действий, направленных на реализацию указанных прав и обязанностей. Ему рекомендовалось принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в **стационарных условиях специализированного типа** в связи с наличием актуальной психотической симптоматики с непрогнозируемым течением, сочетанного синдрома зависимости и полным отсутствием критики.

Приложение В

Разбор клинического случая из группы смешанных психозов

Подэкспертный однократно получал ЧМТ, в целом вел здоровый образ жизни, несколько лет был закодирован от приема спиртного из-за недопустимости употребления, связанной с выполняемой работой, стал употреблять алкоголь лишь незадолго до произошедшего. Обвинялся в причинении тяжких телесных повреждений потерпевшим в массажном салоне. Допрошенный потерпевший показал, что «несколько раз на ресепшен приходили массажистки, в ходе разговора которых слышал, что в массажном салоне находится постоянный клиент, который ведет себя неадекватно, выражался нецензурно, говорил, что «работает патологоанатомом», говорит, «что всем сделает вскрытие». Когда он на крики массажистки зашел в комнату, последняя ему пояснила, что данный клиент «ударил ее кулаком в область лица, в челюсть». После чего сделал подэкспертному замечание, потерпевший спросил у него, «все ли у него на месте», он ответил, что «да» и подошел ближе. Убрав вещи в карман, он «резко достал нож и нанес удар». Дополнял, что тот нецензурно выражался и сказал, что убьет его, нанес удар в лицо и шею. По показаниям потерпевшей, она пыталась спрятаться от подэкспертного, но он вынес дверь и нанес ей несколько ударов ножом. Согласно карточке происшествий и показаний, в ТЦ забежал «неадекватный мужчина» со следами крови на одежде, поднявшись на этаж, обнаружил мужчину, который беспорядочно бегал по коридору; в торговый центр «забежал гражданин в крови, лег на пол, не вставал, не хотел уходить. От вызова «03» отказался, что с ним неизвестно». При задержании и на экспертизе в последующем сообщал, что в тот день он был дома один, решил «расслабиться», нашел в интернете телефон массажного салона, созвонился и приехал. Сообщал, что в этом салоне он был впервые, ему предложили «купить для девушки шампанское», на выходе из душа увидел на столе в комнате открытую бутылку с надписью «шампанское» и два бокала с напитком, который ему был «предложен, как расслабляющий». Указывал, что после того, как выпил из бокала, лег на массажный стол, а «дальнейших событий не помнил». Повествовал, что «пришел в себя в торговом центре», когда его «будили сотрудники полиции», «не мог понять, как там оказался, что произошло». Говорил, что при этом испытывал слабость, «руки и ноги видел, но мышц не чувствовал», «в голове была пустота», слышал голоса людей, но отвечать им не мог. Уверял, что при задержании от показаний отказался, т.к. «не мог говорить, не мог стоять, не понимал, почему у него руки в крови, пытался понять, что за чем следовало и что могло произойти». При электроэнцефалографическом исследовании определяются диффузные (между нерезкими и умеренными) изменения биоэлектрической активности головного мозга резидуально-органического характера, с признаками дисфункции (раздражения) стволово-диэнцефальных структур, усиливающейся при функциональных нагрузках. На СПЭ отмечал, что озабочен сложившейся судебно-следственной ситуацией. Произошедшее оценивал как «трагическое стечение обстоятельств». Повествовал, что несмотря на то, что он ничего не помнит, у него нет оснований не верить потерпевшим, «причин оговаривать его нет». Говорил, что испытывает сильное чувство вины перед потерпевшими и «пятно позора» перед друзьями и родственниками. Волнуясь и заметно смущаясь, говорил, что в тот день он был дома один, решил «расслабиться», нашел в интернете телефон массажного салона, созвонился и приехал, с собой взял порядка 50-60 тысяч рублей. Сообщал,

что в этом салоне он был впервые, ему предложили «купить для девушки шампанское», принять душ, затем «выпить шампанское», он отказывался, но ему сказали, что у них «такие правила, что надо расслабиться». Говорил, что после нескольких глотков шампанского лег на живот на стол, дал указания массажистке о том, чтобы она не прикасалась к его оперированной пояснице, после чего «дальше ничего не помнит». Предполагал, что «возможно в бокале что-то было», так как у него украли все деньги, ключи от машины. Отмечал, что «шампанское на исследование никто не брал», «видеозаписи с места происшествия куда-то тоже пропали». Повествовал, что «пришел в себя в торговом центре», когда его «будили сотрудники полиции», «не мог понять, как там оказался, что произошло». Говорил, что при этом испытывал слабость, «руки и ноги видел, но мышц не чувствовал», «в голове была пустота», слышал голоса людей, но отвечать им не мог. Уверяет, что при задержании от показаний отказался, т.к. «не мог говорить, не мог стоять, не понимал, почему у него руки в крови, пытался понять, что за чем следовало и что могло произойти». Сообщал, что почти через сутки обнаружил, что ранее «не удержал кал», но «ни запаха, ни дискомфорта не чувствовал», «было безразлично». Повествовал, что до настоящего времени ему не верится, что он такое мог сотворить. Говорил, что постарается компенсировать причиненные людям страдания. В период нахождения на экспертизе режим не нарушал. Охотно беседовал. Интересовался результатами обследования. Психотической симптоматики в виде бреда, галлюцинаций, расстроенного сознания, пароксизмальных расстройств не было. Эмоциональные реакции его сдержанные. Мышление подэкспертное последовательное, логичное. Суждения временами легковесны. Память без грубых нарушений. Критические и прогностические способности не нарушены.

Данный пример демонстрирует состояние патологического опьянения, развившегося у обследованного на фоне не резко выраженной резидуальной органической патологии в связи с полученной травмой головы (подтверждается результатами ЭЭГ), временной почвы в виде усталости и спровоцированного употреблением небольшого количества слабоалкогольного напитка. Психотическое состояние на период ООД было представлено **синдромом сумеречного помрачения сознания** и характеризовалось классическими фазами течения, внезапным началом, частичной дезориентировкой, отсутствием продуктивного контакта, отдельными бредовыми высказываниями, немотивированными агрессивными действиями с последующим углублением дезориентировки с неадекватными действиями и терминальной выраженной астенией, а также тотальной амнезией. На СПЭ актуальным было **постпсихотическое астеническое состояние**, имеющее тенденцию к разрешению, не достигающее выраженности психического расстройства. В заключении диагноз

был верифицирован как «*патологическое алкогольное опьянение*» – код по МКБ-10 - F10.07; отмечалось, что подэкспертный не страдал каким-либо психическим расстройством до совершения ООД, и не страдает в настоящее время, в период ООД у него имелось временное психическое расстройство в форме патологического алкогольного опьянения, из которого он полностью вышел. Указывалось, что он может правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания, за исключением периода психотического состояния, во время которого им были совершены инкриминируемые ему деяния (не мог воспринимать даже внешнюю сторону ввиду наличия помрачения сознания в тот период); может понимать характер и значение уголовного судопроизводства (сущность процессуальных действий и получаемых посредством их доказательств) и своего процессуального положения (содержание своих процессуальных прав и обязанностей), а также способен к самостоятельному совершению действий, направленных на реализацию указанных прав и обязанностей. По психическому состоянию в настоящее время как не страдающий каким-либо психическим расстройством и не представляющий опасность для себя и других лиц (психотическое состояние полностью разрешилось, имеется критика к перенесенному психозу, отсутствует какое-либо иное психическое расстройство, отсутствуют указания на злоупотребление ПАВ, антисоциальную направленность поведения, асоциальные личностные тенденции, нет криминального анамнеза), **в принудительных мерах медицинского характера не нуждается.**

Приложение Г

Разбор клинического случая из группы органических психозов

Подэкспертный в возрасте 5 лет перенес черепно-мозговую травму с сотрясением головного мозга, в возрасте 10 лет был сбит автомобилем, получил травму головы, в последующем стала отмечаться церебрастеническая симптоматика, по характеру рос замкнутым, малообщительным. Отмечалось эпизодическое повышение артериального давления. На МРТ головного мозга определялись посттравматический арахноидит, внутренняя открытая гидроцефалия, микроаденома гипофиза. Обвинялся в убийстве несовершеннолетнего, а именно нанес ему не менее 2 ударов молотком и 20 ударов ножом. При осмотре места происшествия на диване был труп, который лежал на правом боку, нижние конечности были накрыты пледом, запястья фиксированы наручными браслетами, плечи фиксированы при помощи липкой ленты к туловищу на уровне груди, на передней поверхности груди и живота множественные щелевидные и веретенovidные раны, раны на левом предплечье, рана на боковой поверхности шеи, рана в левой теменной области; на полу, стенах и предметах обихода брызги вещества буро-красного цвета, а на полу коридора лежал мужчина, на руках у которого имелись повреждения – резаные раны, а также странгуляционная борозда (подэкспертный). Со слов бригады скорой помощи – подэкспертный с суицидальной целью нанес себе порезы на предплечьях, выпил 30 таблеток феназепам и 10 димедрола, пытался повеситься, утопиться в ванной, надыхаться газом. Состояние при поступлении в токсикологическое отделение было тяжелое стабильное, обусловлено токсической энцефалопатией, сознание спутано, был дезорганизован. В последующем находился в ПБ, выписан с диагнозом: «Комбинированное отравление, вызванное парами газа, медикаментами». В своем допросе отмечал, что вечером 02.11.2018г. к нему в гости приехал племянник, он разложил для него подарки на диване, они ели торт, пили водку и играли в компьютер, вечером все было хорошо, «видимо все случилось утром». В последующем давать показания отказался, ссылаясь на плохое самочувствие. Был привлечен в качестве обвиняемого, в ходе допроса вину в совершенном правонарушении признавал полностью, в содеянном раскаивался, в связи с плохим самочувствием от дачи показаний отказался. На ЭЭГ в Центре выявлялись умеренно выраженные патологические изменения биоэлектрической активности головного мозга, а также при неврологическом осмотре последствия органического поражения ЦНС. В психическом состоянии отмечалось, что фон настроения был снижен. Попросил дать ему карандаш и бумагу, чтобы нарисовать «линию жизни», потому что так ему будет проще вспомнить все важные события. После того, как он нарисовал, стал делать отметки и рассказывать, что первая половина его жизни до колледжа – это «негативная линия», которая на рисунке уходила вниз: в роддоме он перенес заражение крови, затем менингит, получил две черепно-мозговые травмы, после чего стали беспокоить частые головные боли и появилась артериальная гипертензия, также над ним «издевались» ребята в школе, а дома его бил отец. Говорил, что когда он стал ухаживать за больным отцом, то постоянно испытывал «стресс»: помнил все плохое, что он ему сделал, видел, в каком ужасном состоянии он был и вынужден был в то же время за ним ухаживать, от этого было тяжело. Стали беспокоить частые головные боли. Рассказывал, что в интернете наткнулся на статью о куклах вуду и решил сделать такую для отца, но только «из добрых

побуждений», чтобы он стал лучше к ним относиться и понял, что семья нужна ему. Предполагал, что именно из-за этого отец вскоре перенес инсульт. В 2013г. отец умер, а у подэкспертного стали часто появляться «ложные воспоминания»: описывал, что как будто вспоминал, что они с отцом в этот день что-то делали, но потом понимал, что тот умер и этого никогда не происходило. Также стал «видеть» отца лежащим на диване, но через несколько секунд «видение» пропадало. Чувствовал свою вину перед отцом, в нем самом «что-то умерло», и он решил покончить с собой, стал прибегать к опасным видам деятельности и надеялся, что умрет. Дважды ездил в Таиланд, при первой поездке стал ощущать, что его «кто-то или что-то преследует», боялся, когда вернулся домой, то вынес всю мебель из комнаты, на улице одевал капюшон. Когда поехал на огород, где бывал только отец, то впервые на фоне возникшего шума от мусора, который скопился на участке, услышал «голос» отца, который звал его, затем его «как будто перебросило в прошлое», когда он ухаживал за отцом, в самые ужасные последние дни, испытал «микростресс», затем появились «давящие мысли» и сильная головная боль, после чего отец «навязывал мысли и заставлял сделать что-то плохое», в последующем так происходило достаточно часто, но всегда на фоне «шума». Добавлял, что когда был в огороде в первый раз, у него возникла «яркая мысль», которая принадлежала отцу, он озвучивал мысли матери, которая говорила ему, что он работяга, а она – интеллектуал, после чего возник «образ огня» и он решил поджечь тот мусор на участке, видел яркий свет и чувствовал приятный запах пряностей. Потом часто ходил на огород и жег там различный мусор, чтобы «видеть картины джунглей и храмов Таиланда», это его успокаивало, и он чувствовал запах пряностей. Однажды он понял, почему «ощущал преследование»: он увидел «видение», как окружающий мир резко изменился и он стал «видеть» души людей, которые были черные и белые – положительные и негативные эмоции, они пульсировали, видел себя «со стороны», а к нему «была прикреплены душа отца», тогда он понял, что просто раньше не видел этой «души», но чувствовал ее. Боялся, что отец может причинить вред его племяннику, поэтому старался как можно больше времени проводить с ним. В последнее время после двух «сильных приступов видений» понял, что уже не сможет сопротивляться: «Я сделал для него куклу вуду и получил контроль над его телом, теперь он управляет моим». Говорил, что принял решение покончить с собой, но сначала съездить в Таиланд, чтобы «напоследок увидеть красивые храмы и джунгли», где он упал с мотоцикла и получил ЧМТ с потерей сознания, после чего решил, что точно покончит с собой, выбрал место в лесу и когда вернулся домой, то всех об этом предупредил, но родственники думали, что он умирает от опухоли, хотел решить все оставшиеся дела и сделать это, но не успел. В отношении инкриминируемого деяния сообщал, что в тот день к нему в гости пришел племянник, для которого он привез подарки из Таиланда. Отмечал, что подарки он разложил на диване, они выпили по 2 стопки водки (60 мл), а затем пошли играть в квест. Пояснял, что племянник очень любил квесты, он надел наручники и попросил подэкспертного обклеить его скотчем, чтобы показать, что может выбраться, взять ключ и освободиться, чтобы получить подарки. Отмечал, что когда он стоял у входа в комнату, где племянник лежал на диване, то вдруг ощутил «провал»: вокруг потемнело, обстановка комнаты изменилась, не видел реальности, отмечал видения, которые были похожи на призраков. В какой-то момент все в комнате было как в дымке, а он видел перед собой лишь диван, на котором лежал его отец, выглядел он при этом как в последние дни перед смертью – с сухой, облезавшей кожей «как у мумии» и

гнойниками, чувствовал запах гнили. Отец смотрел на него, и он почувствовал сильную головную боль, «слышал насильственные мысли», боялся, в голове «звучало»: «Снеси ему голову», и он схватил первое, что увидел – молоток, который лежал на стуле перед диваном и стал наносить удары «отцу» по голове, но что было дальше - не помнил. Говорил, что тогда он был как «отрешенный», находился как будто в другом мире и все, что было до этого момента, будто никогда не существовало. Когда он пришел в себя, то увидел, что на диване на самом деле лежит его племянник весь в крови. Рассказывая об этом, начинает трястись, краснеет и на какое-то время замолкает, на глазах появляются слезы, взгляд становится отсутствующим. Отмечал, что в тот момент понял, что отец его обманул и на самом деле хотел, чтобы все, кроме матери, умерли: «Это было наказание для нее, остаться совсем одной». Говорит, что решил покончить с собой, напился таблеток, которые были дома, провел в ванную шланг с газом, закрыл дверь, порезал себе вены и хотел повеситься. В себя пришел лишь в СИЗО, спустя «дней 10» после поступления туда. Отмечает, что какое-то время находился в медсанчасти СИЗО, там также слышал «голос» отца и дважды «узнавал» его в других людях, тогда возникала сильная злость и он «кидался» на этих людей, однако потом понимал, что это не его отец. Отмечал, что в последнее время он стал «ощущать, что отец проникает в него», чувствует это как «темный холодный туман», «мороз под кожей», также стал «видеть ауры людей», описывает их как «мерцающие блики и окутывающий тело кокон». Считает, что это «сила отца», испытывает от этого сильный страх. Связывает эти изменения с тем, что после отравления он «ослабел» и теперь отец «может получить над ним полный контроль», часто «трогает свои конечности», проверяя, «не принадлежит ли его тело отцу», так как иногда видит, что тело двигается без его желания. Говорил, что «видит ауры». Мышление со склонностью к обстоятельности, отдельные суждения паралогичные. Память и интеллект без грубого снижения.

Данный яркий пример иллюстрирует органический психоз, развившийся у подэкспертного с выраженной соматической отягощенностью (менингит, черепно-мозговые травмы с арахноидитом, гидроцефалией, артериальная гипертензия, эпилепсия) и прогрессивным течением ОПР с декомпенсациями психотического уровня, в том числе отмечавшейся в период ООД, и на высоте данный психоз сопровождался онейроидоподобным помрачением сознания. Фоном для развития данного психоза было ОПР с поражением ЦНС вследствие вышеуказанных состояний и заболеваний с последующим появлением на фоне длительной психотравмирующей ситуации затяжного депрессивного состояния с формированием структурированного интерпретативного бреда самообвинения, колдовства, воздействия и преследования с распространением бредовой фабулы на лиц из окружения подэкспертного, с эпизодическим появлением иллюзий, конфабуляций, галлюцинаций, психических автоматизмов, которые

сопровождались в отдельных случаях состояниями спутанности или помрачения сознания, в том числе и в период ООД (с полным перевоплощением окружающей обстановки, сценopodobными галлюцинациями, элементами двойной ложной ориентировки, псевдогаллюцинозом, что сопровождалось совершением разрушительных гетероагрессивных действий и последующим реактивным аутоагрессивным поведением). Таким образом, на период ООД состояние характеризовалось ведущим **синдромом онейроидного помрачения сознания**, а к периоду СПЭ состояние претерпело изменения, и ведущим стал актуальный к моменту обследования **галлюцинаторно-бредовый синдром**. Комиссия пришла к заключению, что у подэкспертного имеется органическое шизофреноподобное расстройство, диагностическая рубрика МКБ-10 - «органическое шизофреноподобное расстройство» (F06.28). Ко времени производства по уголовному делу и в настоящее время по своему психическому состоянию ввиду наличия актуальных бредовых, галлюцинаторных нарушений и расстройств мышления у подэкспертного можно констатировать нарушение **смыслового уровня регуляции поведения**, и опосредованно – **целевого**, в результате он не может понимать характер и значение уголовного судопроизводства (сущность процессуальных действий и получаемых посредством их доказательств) и своего процессуального положения, содержание своих процессуальных прав и обязанностей; он не обладает способностью к самостоятельному совершению действий, направленных на реализацию указанных прав и обязанностей, в том числе он не может правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать показания. Психическое расстройство в настоящее время имеет тенденцию к утяжелению, сопровождается депрессивным фоном настроения, обманами восприятия, актуальными бредовыми идеями, устойчивыми суицидальными мыслями, в связи с чем как представляющий опасность для себя и других лиц с возможностью причинения им иного существенного вреда требует постоянного наблюдения и нуждается в принудительном лечении в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в **стационарных условиях специализированного типа**.