

УДК 616.895.8:340.63

*Е.А. Козерацкая***ПРОБЛЕМА ВМЕНЯЕМОСТИ-НЕВМЕНЯЕМОСТИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ**

Киевский городской Центр судебно-психиатрической экспертизы, Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии

Ключевые слова: вменяемость, невменяемость, шизофрения, экспертиза

В судебно-психиатрической практике вопросы, связанные с распознаванием шизофрении и экспертной оценкой различных ее форм, занимают весьма существенное место. Одной из ведущих причин постоянного интереса к этой патологии является высокая криминогенность больных, страдающих шизофренией.

Так п.о данным Г.В.Морозова и В.М.Шумакова среди лиц, признаваемых невменяемыми, около 50% страдают шизофренией [1].

Wessely S.C., по результатам своих исследований, пришел к выводу о том, что по частоте опасных действий шизофрения занимает 4-е место среди всех психических заболеваний [2].

Анализ состава невменяемых по нозологическим формам за последние 45 лет (по странам СНГ) показал, что удельный вес больных шизофренией неуклонно возрастает. Так, в 1949-1955 гг. больные шизофренией составляли только 33,3% от общего количества психически больных, совершивших общественно-опасные деяния, а в 1960г.эта цифра составляла-43,2%, в 1970г.-50,4%, в 1979г. — до 81%, а в 1994г.- в некоторых регионах их количество достигло 89,2% [3, 4, 5, 6, 7].

Несмотря на большую давность изучения шизофрении в судебно-психиатрическом аспекте и многочисленность исследований в этой области, до настоящего времени существуют диаметрально-противоположные точки зрения на возможность различных экспертных решений при диагностике этого заболевания. Такое положение находится в непосредственной зависимости от существующих в психиатрии представлений о нозологической сущности шизофрении и ее клинических границах.

По сути, до последнего времени в постсоветской психиатрии доминировала точка зрения, что шизофрения представляет собой группу заболеваний, включающую широкий диапазон психической патологии от выраженных «ядерных» форм заболевания до так называемых «малопрогрессирующих», «латентных», «мягких», медленно текущих форм, и в теоретическом, и в практическом плане трудно отличимых от пограничных состояний. В качестве характерного примера можно привести трактовку так называемой «медленно текущей шизофрении». Рассматривая ее за рамками вялотекущей шизофрении, Д.С.Озерецковский [8] отмечает, что изменения личности при этой форме шизофрении мало выражены и заслонены «неврозоподобными и психопатоподобными образованиями». Выявление негативных симптомов в течение ряда лет затруднительно. От 2-3 до 10 лет определяются толь-

ко особенности поведения, своеобразное изменение эмоциональной сферы.Отграничение от психопатий, при наличии психопатических черт в преморбиде, невозможно. При такой логике диагностики шизофрении естественно возникает вопрос какие симптомы определяют этот диагноз и как их оценивать с судебно-психиатрической точки зрения.

Логические противоречия, скрывающиеся за таким диагностическим подходом, скорее интуитивно порождают попытки их разрешения.

Так, исходя из благоприятного прогноза так называемой неврозо- и психопатоподобной шизофрении, А.Е.Личко [9] предложил объединить эту патологию в группу психопатофрении, выводя ее, таким образом, за рамки шизофрении. А.Б. Смулевич [10] предлагает ограничиться выведением этих расстройств за рамки понятия «душевное заболевание», что адекватно, по мнению В.Б.Первомайского [11], допущению возможности существования шизофрении в форме психоза и непсихотического расстройства, в этих случаях, естественна мысль не просто о ремиссии, а о практическом выздоровлении, вменяемости субъекта и сомнительности отнесения шизофрении к хроническим душевным заболеваниям. Если к этому добавить отсутствие достаточно четких клинических критериев типа течения заболевания, стойкости и глубины ремиссий, истинные и мнимые проблемы патоморфоза шизофрении [12,13,14], то становится более понятным нарастающий скептицизм по отношению к к нозологической парадигме в психиатрии [15] и закономерный отход от нее в МКБ-10 [16]. Поэтому естественным выглядит обращение к первоисточникам- критериям болезни, сформулированным Е.Крепелиным, Е.Блейлером (так называемые четыре «а»: ассоциации, аффект, амбивалентность, аутизм) и К.Шнайдером (симптомы первого и второго ранга).

Дискуссия о судебно-психиатрической оценке шизофрении впервые развернулась лишь в 30-е годы XX-го столетия. Делалась попытка научно обосновать принципы судебно-психиатрической оценки больных шизофренией, высказывались соображения по поводу признания некоторых больных шизофренией вменяемыми с так называемым «практическим выздоровлением». В 50-х гг. с открытием психотропных препаратов, появилась возможность достижения у больных стабилизации процесса, получения устойчивых и качественных ремиссий. Это обстоятельство нашло отражение в работах, посвященных судебно-психиатрической оценке шизофрении. Высказывалось мнение, что в части случаев может идти речь о вменяемости

больных шизофренией. Такая двойственная позиция по отношению к экспертной оценке шизофрении, сложившись в 60-70-г.г., сохранилась вплоть до последнего времени.

Так, Д.Р.Луниц пришел к заключению о правомерности отнесения шизофрении к тем заболеваниям, сама диагностика которых обуславливает решение о невменяемости, однако не исключал возможности в дальнейшем иной судебно-психиатрической оценки [17].

Т.П.Печерникова и Б.В.Шостакович [18] указывают, что конкретное решение о вменяемости при шизофрении определяется динамикой, степенью прогрессивности, квалификацией отдельных расстройств как позитивных или негативных нарушений. С их точки зрения «современное понимание шизофрении как болезни, проявляющейся широким спектром синдромов и форм течения: от грубо-прогрессирующих (злокачественных) до рекуррентных (с практическим выздоровлением) — позволяет говорить не только о необходимости дифференцированной экспертной оценке этого заболевания, но ставит под сомнение отнесение ее к группе прогрессирующих заболеваний, диагноз которых влечет за собой безусловное заключение о невменяемости».

Л.А.Подрезова [19] считает, что наибольшие трудности при решении вопросов вменяемости-невменяемости представляют больные шизофренией, совершившие общественно-опасное деяние в состоянии ремиссии. При этом она отмечает, «что существующие критерии оценки качества ремиссии, такие, как социальная направленность личности, уровень социально-трудовой адаптации с возможностью профессионального роста, часто оказываются неприемлемыми в отношении лиц, совершающих противоправные действия...». По мнению Л.А.Подрезовой, с судебно-психиатрической точки зрения наибольший интерес представляют такие типы ремиссий, при которых возможно признание больных вменяемыми, в частности: интермиссии; ремиссии гиперстенического типа; ремиссии психопатоподобного типа; ремиссии астенического типа. Больные шизофренией в состоянии интермиссии чаще всего предъявляют жалобы астено-невротического уровня при отсутствии какой-либо психотической симптоматики. Правонарушения, совершаемые этими людьми, по своему характеру и мотивам содеянного не отличаются от правонарушений здоровых людей, ведущих антисоциальный образ жизни. После привлечения к уголовной ответственности, как правило, эти лица ведут себя адекватно складывающейся ситуации, дают показания, сообщая о перенесенном в прошлом психотическом состоянии, добиваются назначения судебно-психиатрической экспертизы. Таким образом, в этих случаях можно говорить об отсутствии как психологического, так и медицинского критериев невменяемости.

В зависимости от степени выраженности негативных расстройств, автор разделяет типы ремиссий на 2 группы: а) с незначительными дефицитарными расстройствами; б) со значительными дефицитарными расстройствами. Решение вопроса о вменяемости-невменяемости лица, страдающего шизофренией, решается дифференцированно, в зависимости от степени выраженности дефицитарной симптоматики. Как правило, ремиссии с незначительными дефицитарными расстройствами, по мнению Л.А.Подрезовой, коррелируют с сохранностью критических способностей

больных шизофренией, и такие лица могут правильно оценивать и регулировать своё поведение, в связи с чем они могут отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими.

Н.В.Скибина [20] полагает, что вопрос о типичных для шизофрении негативных изменениях психики является основополагающим при решении экспертных вопросов. Исследуя негативные расстройства при малопрогрессирующей шизофрении, она установила, что негативные расстройства легкого регистра, как правило, не сопровождались нарушением адаптированности обследуемых. Критические и прогностические способности были в целом сохранены, однако в ряде случаев имели место нарушения регуляторно-волевых функций, критики к перенесенному активному периоду болезни, эмоциональная нивелировка. Негативные нарушения средней степени тяжести (от более легких до более выраженных), как правило, обуславливали нарушение адаптированности пациентов и сопровождались разной степени выраженности изменением их критических, прогностических и регуляторно-волевых функций. Экспертное решение в отношении данных подэкспертных было различным: от признания вменяемыми (подэкспертные с негативными расстройствами легкого регистра и некоторые с негативными расстройствами средней степени тяжести) до признания невменяемыми (подэкспертные с негативными расстройствами средней степени тяжести). При наличии же в клинической картине состояния подэкспертных негативных расстройств средней степени тяжести в ряде случаев, считает Н.В.Скибина, правомерно ставить вопрос об их неспособности в полной мере отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими, то есть об ограниченной вменяемости. Анализируя механизмы (в том числе мотивацию) общественно-опасного деяния, автор отмечает, что в их генезе у многих подэкспертных прослеживались реально-бытовые мотивы. Вместе с тем поступки и действия экскульпированных лиц, носившие, казалось бы, продуманный, осмысленный характер, часто отличались выраженным дефектом прогнозирования, некритичностью, недоучетом ситуации и её последствий. У ряда больных этой группы можно было также отметить наличие таких механизмов совершения общественно-опасного деяния, как дисфорическая агрессивность, импульсивность и дефицит высших эмоций.

В работах последних лет разрабатываются критерии ограниченной вменяемости при шизофрении. Так С.Н.Осколкова [21], анализируя 61 случай расхождений в экспертной оценке при шизофрении, приходит к выводу о том, что важнейшим аспектом разработки критериев ограниченной вменяемости, в частности при шизофрении, должно быть соотношение психопатологических, личностно-адаптационных характеристик с типом правонарушения и вариантом ситуации его совершения.

Е.В.Клембовская [22], исследуя вопрос о возможности применения правовых категорий вменяемости и ограниченной вменяемости в случаях стойкой глубокой ремиссии шизофрении, использовала концептуальный анализ психопатологического, личностного и ситуационного факторов, исходя из концепции единства личности и деятельности, применительно к тео-

рии и практике судебной психиатрии, описанной Ф.В. Кондратьевым [23]. Данный анализ позволил выделить две группы подэкспертных: 1) испытуемые, у которых имеющиеся психопатологические расстройства и личностные особенности в контексте ситуации сформировали психопатологический интеграл и их состояние на период общественно-опасного деяния можно расценивать как соответствующее теоретическим критериям ограниченной вменяемости; 2) испытуемые, у которых психопатологический, личностный и ситуационный факторы не оказали существенного влияния на способность адекватной организации своего поведения, руководства поступками, контроля действий, следовательно, их состояние на период общественно-опасного деяния, можно расценивать как соответствующее критериям вменяемости.

З.Т. Абдурагимова [24], изучая судебно-психиатрическую оценку больных шизофренией в состоянии ремиссии, считает, что одна и та же пограничная выраженность психопатологии может быть по-разному оценена в экспертном решении, в зависимости от сложности ситуации действия. Так, при отсутствии причинно-следственной связи имеющейся «пограничной» психопатологии с ограничением возможности социально-адекватного действия при конкретных ситуационных обстоятельствах общественно-опасного деяния, допустимо заключение о «полной» вменяемости. В случаях, когда удаётся установить связь имеющейся «пограничной» психопатологии, её сопряженность с ограниченными возможностями социально-адекватного реагирования на конкретные «требования» криминальной ситуации, должно следовать заключение об ограниченной вменяемости (применение ст. 22 У К РФ). При установлении прямой причинно-следственной связи комплекса «пограничных» психических расстройств с невозможностью осмысления во всех связях ситуации криминального действия и адекватного реагирования при конкретных обстоятельствах совершенного общественно-опасного деяния, должно следовать заключение о невменяемости И.Д. Спирина [25], изучая патологические механизмы антисоциальных поступков и общественно-опасных деяний при шизофрении, выделяет 2 основные группы: 1. Общественно-опасные деяния, имеющие в своей основе определенные, хотя и патологические мотивы; 2. «Безмотивные поступки». Также автор выделяет 2 типа эмоциональных состояний у данной группы больных: 1. Полное эмоциональное переживание, включающее корковые и подкорковые компоненты; 2. Неполное, когда отсутствуют отдельные компоненты эмоций.

Неполный тип эмоциональных переживаний свидетельствует о ненормальных соотношениях между корой и подкоркой и встречается в двух вариантах.

При первом варианте отсутствуют подкорковые реакции при четко выраженных корковых. Этот вариант эмоциональных переживаний лежит в основе «холодности» больных шизофренией и характерен для «холодных правонарушений». При втором варианте полностью отсутствует или слабо выражен корковый компонент при выраженном подкорковом. При этом варианте возникают «безмотивные» поступки. По мнению автора, учет рассматриваемых механизмов имеет значение в судебно-психиатрической экспертизе общественно-опасных действий больных шизофренией.

Анализируя данные по судебно-психиатрической оценке состояний ремиссии у больных шизофренией, можно сделать вывод об отсутствии четких критериев верификации состояний ремиссии при шизофрении. Однако из цитированных исследований усматривается, что одним из важных критериев судебно-психиатрической оценки качества ремиссии у больных шизофренией, наряду с имеющимися клиническими проявлениями, является степень их адаптации, то есть способность к социальным контактам, ориентировке в ситуации, контролю и прогнозированию поведения. Показателем этого служит и социальный статус больного: его роль в различных микрогруппах, в том числе семейных, профессиональных, трудовых, асоциальных. Поэтому при экспертном решении о невменяемости больных шизофренией в период ремиссии особое внимание необходимо обращать на совокупность признаков: клинических, психологических, социальных. Социально-психологические особенности невменяемых больных характеризуются той или иной степенью дезадаптации, ограничением круга контактов с окружающими, отсутствием стабильности профессионального статуса, а иногда стереотипности поведения с утратой способности коррегировать его в зависимости от меняющейся ситуации. Особенно информативным критерием является неспособность этих больных прогнозировать свои действия, последовательно вести себя при защите собственных интересов.

Отсутствие согласованных представлений о критериях оценки психического состояния подэкспертных на период совершения общественно-опасного деяния дает основание для поиска новых путей решения данной проблемы.

Одним из них может быть исследование нарушений самосознания у больных шизофренией, совершивших общественно-опасное деяние.

Традиционно уголовно-правовая теория и судебная психиатрия указывают на необходимость сочетания медицинского и психологического критериев при решении вопроса о вменяемости. Под психологическим критерием понимается неспособность субъекта осознавать свои действия и руководить ими во время совершения общественно-опасного деяния. В этой формулировке имеется два основных элемента: лицо и деяние, составляющие объем понятия и указание на определенное отношение между ними, составляющее содержание понятия. Это отношение включает в себя способность ощущать себя, воспринимать принадлежащими себе совершаемые действия, отдавать себе в них отчет и способность руководить ими, то есть осознавать их в пределах своей индивидуальной способности. Как считает В.Б. Первомайский, ключом к пониманию содержательной стороны психологического критерия вменяемости является систематизация представлений о соотношении понятий сознание и самосознание с континуумом понятий: психика-сознание-самосознание-Я-концепция-критика. При этом состоянии критичности является основной предпосылкой свободы волеизъявления, а значит и способность адекватно руководить своими действиями. По его мнению, важным следствием такого понимания содержательной стороны самосознания является то, что одновременность существования и проявления обоих феноменов (самосознание и критика) делает невозмож-

ным для субъекта осознание утраты критики в период ее отсутствия.

М.О. Герцберг [26] указывает, что именно самосознание как способность человека оценивать правильность и неправильность собственных чувств, суждений, действий имеет наибольшее значение для медицинской и юридической практики. Он различает содержание сознания, — как процесс отражения внутренней или внешней среды организма, нарушение которого не всегда влечет за собой или сопровождается нарушением самосознания (ориентировки, критики, сознания болезни).

А.Г.Спиркин [27] говорит о самосознании как о двойной форме отражения субъективного воспроизведения реальности и данности субъекту самого этого воспроизведения (с.155).

Г.А. Голицын и М.В. Сербиненко [28], исследуя особенности формирования сознания и самосознания с позиции межполушарной асимметрии, пришли к выводу об осуществлении левым полушарием функций самосознания. В качестве механизма самосознания выделяется два процесса: рецепция левым полушарием правого-объективный; и перекодирование своих переживаний в словесную форму-субъективный. Именно языковая система, содержащаяся в левом полушарии, и заставляет человека чувствовать себя единым, целенаправленным существом. Аналогичные взгляды на проблему высказывают и другие авторы [29,30,31].

И.М.Сеченов [32] писал: «Самосознание даёт человеку возможность относиться к актам собственного сознания критично, отделять внутреннее от всего, что совершается вовне, анализировать и сопоставлять с внешним». Он выделил эмоциональный и познавательный компоненты самосознания, которые отображают различные этапы его развития.

И.С. Кон [33], исследуя вопрос формирования самосознания, пришел к выводу о том, что эмоциональный компонент самосознания формируется с раннего детского возраста и частично детерминирован генетически. С помощью данного компонента человек расшифровывает эмоциональное состояние другого, как бы идентифицируя себя с ним, воспроизводит его переживания в себе. Когнитивный компонент самосознания формируется с развитием логического мышления. С помощью данного компонента человек познает мотивы и цели поведения других людей и мотивы собственного поведения. В основе данного компонента лежит свойство транзитивности. За счет этого компонента и происходит в первую очередь осознание своей болезни, её природы, места своего «Я» в системе человеческих отношений, в новых условиях существования.

Состояние самосознания при психических заболеваниях до настоящего времени остается недостаточно изученным. По мнению В.С. Чудновского [34], нарушение самосознания встречается при всех формах психических заболеваний, участвует в формировании и механизмах психических расстройств, накладывает отпечаток на их клинические проявления и поведение; без учета состояния самосознания картина психического заболевания является неполной. Процессы самосознания незримо присутствуют в механизмах психических нарушений при психозах. Весь опыт клинической психиатрии свидетельствует о том, что фабула

бредовых, галлюцинаторных и др. психотических симптомов существует в глубинных слоях психической деятельности больного задолго до возникновения психоза; лишь под влиянием патологических витальных эмоций она приобретает все свойства симптома психической болезни.

Как отмечал Е. Крепелин [35], колебания в эмоциональной сфере дают толчок к образованию бредовых идей, они превращают дремлющие надежды и опасения в образы воображения. Только вследствие потери критики эти представления становятся бредом и приобретают такую силу, против которой бессильна явная очевидность. Если этот факт перевести в русло представлений о роли самосознания в психической деятельности человека, то можно сказать, что аффективные расстройства рушат когнитивный контроль за содержанием Я, в результате чего нарушается самоконтроль поведения и высказываний больного, которые перестают соотносываться с осознанием человеческих отношений и того места, которое занимает в них сам больной. Исследования школы проф. В.С.Чудновского показали, что независимо от нозологической природы болезни, на высоте приступа психоза и при наличии выраженных аффективных расстройств (страха, тревоги, депрессии) наблюдаются грубые нарушения как когнитивных, так и эмоциональных процессов самосознания.

В существующих работах по изучению самосознания у больных шизофренией [36,37,38,39] показано, что наиболее значительные изменения самосознания, включая его когнитивный и эмоциональный компоненты, бывают связаны с наличием в клинической картине заболевания аффективных расстройств. При угасании их отчетливо выявляется зависимость уровня самосознания от дефицитарных симптомов болезни. Так, Н.Ф.Носенко [36], исследуя роль состояния самосознания больных шизофренией в их социальной адаптации, пришла к выводу о том, что нарушение самосознания наблюдается в той или иной степени у всех больных шизофренией. Наиболее четкая зависимость устанавливается между состоянием самосознания и типом течения шизофрении, включая степень её злокачественности и выраженность дефицитарных симптомов заболевания.

Низкий уровень самосознания наблюдается у больных с клинически выраженным психическим дефектом. Из числа продуктивных симптомов наибольшее влияние на состояние самосознания оказывают аффективные расстройства, снижение самосознания отмечалось у больных с синдромом психического автоматизма. Повышение уровня самосознания наступает в процессе становления терапевтической ремиссии по мере ослабления продуктивных симптомов заболевания. Н.Ф. Носенко указывает на то, что самосознание представляет собой структуру, в значительной степени влияющую на уровень социальной адаптации больных. Наибольшее значение имеет степень сохранности когнитивного компонента самосознания, определяющего «научение», т.е. способность логическим путем осознать свой образ психически больного человека и связанные с болезнью обстоятельства жизни без соответствующего эмоционального внутреннего убеждения. При этом она отмечает, что эмоциональный компонент самосознания в период ремиссии остаётся нарушенным в большинстве случаев заболевания.

М.С.Шейфер [37], изучая особенности самосознания больных шизофренией с депрессивным и депрессивно-параноидным синдромами, выявил 2 компонента в нарушении самосознания: лабильный (динамичный) и стабильный. Лабильный компонент тесно связан с продуктивными психопатологическими симптомами (депрессивные симптомы, сопутствующие бредовые идеи виновности, собственной малоценности, суицидальные намерения, нарушения волевого поведения). При этом у больных наблюдалась полная неспособность к осознанию патологического характера этих изменений психической деятельности, грубо страдала способность осознать смысл окружающих событий, понимать явно болезненный характер высказываний и поступков окружающих больных, а также нарушалась оценка своего физического «Я». Восстановление способности к адекватной оценке происходящего происходило параллельно с редуцированием симптомов депрессии.

Всё это позволило М.С. Шейфер утверждать, что лабильный компонент в нарушениях самосознания тесно связан с патологическими изменениями в аффективной сфере и определяется непосредственно голотимными механизмами патологии психической деятельности. Они вызывают нарушения как чувственно-образного, так и абстрактно-логического аспекта самосознания больных.

По-иному идет механизм нарушения осознания persecutorных бредовых идей, идей обвинения, особого отношения и инсценировки, входящих в структуру депрессивно-параноидного синдрома. Как указывает М.С. Шейфер, осознание их патологического характера происходит преимущественно путем абстрактно-логического переноса на себя фактов окружающей среды. Конкретно-образный, эмоциональный компонент осознания несоответствия этих идей действительности представлен в значительно меньшей степени, что и определяет отсутствие у больных внутренней убежденности в соответствующих им умозаключениях. Восстановление критического отношения к данным проявлениям нарушенного мышления происходит медленно и находится в непосредственной зависимости от типа течения шизофрении, от выраженности негативной симптоматики психического дефекта. Этот компонент в нарушении самосознания у больных шизофренией, М.С.Шейфер, определил как стабильный, связанный с негативными симптомами заболевания.

М.В.Пескова [38], изучая нарушение самосознания у больных с синдромом вербального галлюциноза при шизофрении, также приходит к выводу о том, что степень нарушения самосознания прямо коррелирует с выраженностью дефицитарной симптоматики заболевания. К подобному заключению пришел и Г.Н.Носачев [39], исследуя нарушения самосознания больных шизофренией с депрессивным синдромом и синдромом Кандинского-Клерамбо.

Корнилов А.П. [40], исследуя нарушение самосознания у больных шизофренией, считает, что специфичным для регуляторной функции самосознания больных шизофренией, совершивших общественно-опасное деяние, является феномен снижения побуждательности только тех целей, которые требуют личностных и интеллектуальных усилий по линии самопрогноза и самоконтроля, завышенная самооценка рацио-

нальности, высокие показатели «готовности к риску» коррелируют с низким показателем мотивации достижения.

В сравнении с больными шизофренией, при органических психозах значительно чаще имеет место повышение уровня самосознания путем восстановления его эмоционального компонента при отставании когнитивного. При выраженном органическом слабоумии страдают как эмоциональный, так и когнитивный компоненты самосознания. Относительная сохранность эмоционального компонента самосознания у большинства больных с органическими психозами без выраженных явлений слабоумия внешне проявляется в виде их способности устанавливать с окружающими отношения на естественной эмоциональной основе. Даже, несмотря на грубые психические нарушения (страх, двигательное беспокойство, яркие сновидные галлюцинации), у больных на интуитивной основе сохраняется способность к саморегуляции поведения таким образом, что оно вызывает понимание и сочувствие со стороны окружающих. Больные страдают от своих психических нарушений и борются с ними. Способность критически оценивать наличие психических расстройств нельзя рассматривать как самостоятельную особенность, это часть самосознания, отношение больного к своему «Я».

Б.В.Зейгарник [41] считает, что наличие критичности у больных шизофренией является показателем сохранности личностно-мотивационной сферы. Этих же взглядов придерживается И.И.Кожуховская [42], которая считает «критичное отношение к болезни функция целостной личности, индикатором её сохранности и дифференцированности. И.И.Кожуховская выделяет следующие виды нарушения критичности: 1. Некритичность к собственным суждениям, действиям и высказываниям; 2. Некритичность к собственной личности; 3. Некритичность к психопатологическим переживаниям.

И.И. Кожуховская считает, что некритичность к собственным суждениям у больных шизофренией вытекает из измененной мотивации больных. Исследователь группу бредовых больных, она установила, что некритичность к своим психопатологическим переживаниям может сочетаться с доступностью коррекции по отношению к аффективно-нейтральным задачам. Критичность к своим болезненным переживаниям у больных шизофренией И.И.Кожуховская определяет как «псевдокритичность», что соответствует определению клиницистов «формальная критика» к болезненному состоянию.

Данные определения находят своё подтверждение и в исследованиях В.С. Чудновского, который пришел к заключению о том, что осознание болезненных психических переживаний у больных шизофренией происходит в основном путем абстрактно-логического переноса на себя фактов окружающей среды, т.е. за счет когнитивного компонента самосознания; эмоциональный компонент осознания этих болезненных переживаний выражен в значительно меньшей степени, что и определяет отсутствие у больных шизофренией внутренней убежденности в болезненности наблюдающихся у них симптомов.

С.Ю.Циркин [43] определяет нарушение критических способностей в качестве ведущего признака негативных изменений личности при шизофрении и выде-

ляет 6 вариантов нарушений критики: 1. Полная некритичность к болезни в целом и всем её проявлениям. 2. Некритичность лишь к отдельным проявлениям заболевания. 3. Отсутствие так называемой «перспективной критики», то есть отрицание принципиальной возможности будущих рецидивов. 4. Формальное критическое отношение к болезни. 5. «Двойственная критика», проявляющаяся в амбивалентном отношении к проявлениям болезни. 6. Недостаточность критической оценки сложившейся для больного микросоциальной ситуации.

С.Ю.Циркин, изучая последовательность формирования негативно-дефицитарных расстройств, пришел к выводу о том, что стирание личностных свойств у больных шизофренией происходит как бы послойно, начиная с наиболее высоко организованных и сложных характеристик личности: во-первых, происходило снижение критических способностей; во-вторых, обнаруживалась эмоциональная сглаженность; в-третьих, было снижение личностной активности. Однако, несмотря на существование данной последовательности, четких корреляций в выраженности отдельных признаков стирания личностных свойств не было, поэтому те из них, что развивались позднее, могли быть более выраженными, чем начальные.

При нарушении критических способностей речь может идти как о полной некритичности к болезни в целом и всем ее проявлениям, так и о частичной, то есть некритичности лишь к отдельным проявлениям заболевания. Может отсутствовать так называемая «перспективная критика», то есть отрицание принципиальной возможности будущих рецидивов [44] и может иметь место лишь формально критическое отношение к болезни или «двойственная критика», проявляющаяся в амбивалентном отношении к проявлениям болезни. В некоторых случаях можно констатировать недостаточность критической оценки сложившейся для больного макросоциальной ситуации. Учитывая широкую распространенность нарушений критичности у больных шизофренией, следует считать, что прогностически неблагоприятное значение этого вида негативно-дефицитарных нарушений следует относить к уже достаточно выраженным нарушениям критичности. После бредовых приступов шизофрении, например, хотя бы легкие нарушения критики отмечаются практически всегда.

Г.Т. Красильников [45], исследуя нарушения критичности у больных шизофренией, предпринял попытку создать типологию клинических проявлений критичности при шизофрении, выявляя их зависимости от других психопатологических расстройств и от особенностей течения шизофрении.

Проанализировав данные обследования 128 больных шизофренией, Г.Т. Красильников пришел к заключению о том, что синдром некритичности довольно сложен по структуре, тесно связан с процессом осознания болезни, а шире — с нарушением личностного самосознания. В большом разнообразии проявлений некритичности Красильников выделил 7 типов, отражающих особенности нарушения критического самосознания и осознания болезни: 1) Полная нозогнозия, 2) признание отдельных признаков заболевания, 3) сдвиг болезни в прошлое, 4) «соматизация» или «психологизация» болезни, 5) формально-логическое («вынужденное») признание болезни, 6)

аутоанозогнозия, 7) гетероанозогнозия («тотальная анозогнозия»). Выраженность и тяжесть нарушений критичности, по мнению Г.Т. Красильникова, находится в зависимости от уровня сохранности и структуры самосознания в когнитивном, эмоциональном и регулятивном его компонентах.

Представляют интерес для судебной психиатрии исследования последних лет, направленные на выявление степени осознания больным шизофренией собственных психопатологических симптомов и возможности контролировать их влияние на свое поведение.

С.В.Пхиденко [46], исследуя уровень осознания психических нарушений у больных шизофренией и его влияние на уровень социального функционирования, пришла к заключению, что уровень осознания психических нарушений тесно связан со способностью контролирования поведения. Она считает, что более высокому уровню функционирования соответствуют нозогностические типы внутренней картины болезни и высокий уровень осознания психических расстройств. Понижение уровня функционирования сопровождается увеличением доли гипонозогностичных и анозогностичных типов внутренней картины болезни, снижением уровня осознания психических расстройств.

Польский психиатр J.Wciorka [47] выделяет позитивное, нерешительное и негативное отношение больных параноидной шизофренией к психическим расстройствам. Автор отмечает, что больные с позитивным отношением к болезненным нарушениям большей частью характеризуются адекватной самооценкой, лучшей приспособляемостью к жизни, адекватным подходом к разным проблемам.

J.P.Mc Evoy [48] разработал вопросник для определения осознания больными шизофренией своих психических нарушений и отношения к лечению. В процессе исследований пришел к выводу о том, что больные шизофренией некритичны в основном к оценке таких симптомов, как бредовые идеи, апатия, абulia, редукция энергетического потенциала.

Ю.А. Каргаполов и М.И. Мацкевич [49] выделили 4 вида отношения к психическим расстройствам при шизофрении: 1. Полная анозогнозия. 2. Анозогнозия предыдущих приступов при осознании себя психически больным во время нынешнего приступа. 3. Некритичность к текущему приступу с формальным признанием болезни в прошлом. 4. Смешанный вариант.

Е.А.Краснушкин [50] относил «осознание болезни» к структуре самосознания.

В.М.Воловик [51] выделил 5 форм эмоционально-личностного реагирования на болезнь и ступени ее осознания при малопрогрессирующей шизофрении: разрешающая объективизация, рационализация, вытеснение, избегание, повторная актуализация болезненных переживаний. Автор считает данные феномены проявлением процессов психологической компенсации.

Термин «разрешающая объективизация» впервые описал H.S.Weitbrecht [52], назвав ее высшей формой отношения к психопатологическим явлениям. В англоязычной психопатологической и психиатрической литературе для определения осознания своего психического состояния используется термин «инсайт». Как указывают авторы Оксфордского руководства по психиатрии [53] проблема не сводится к регистрации на-

личия или отсутствия у пациента осознания своего психического состояния, скорее речь идет о степени, в какой оно присутствует.

По мнению В.Б.Первомайского [54], оценка расстройств критичности с судебно-психиатрической точки зрения, может иметь различное значение для решения вопроса вменяемости-невменяемости.

В.В.Горинев [55] полагает, что оценка состояния критических способностей является решающим моментом при производстве СПЭ. Критичность он рассматривает как весьма многомерный термин, зависящий от сохранности интеллекта и отражающий мотивационную сферу, ценностные ориентации, самосознание.

Патогенетической основой не критичности признается недостаток сенсорно-гностических компонентов психоза, преобладание функционально-изолированной симптоматики, дезинтеграция мышления, абулия, дезаффектация и снижение интеллекта [56], парциальность нарушения сознания болезни с диссимулятивными тенденциями [57], необратимое расстройство критического самосознания [58].

Анализируя научные данные по исследованию нарушений критичности при шизофрении, можно сделать заключение о том, что выраженность и тяжесть нарушений критичности находится в зависимости от уровня сохранности и структуры самосознания в когнитивных, эмоциональных и регулятивных его компонентах. Особенно четко это прослеживается в течении острых шизофренических приступов, где на высоте приступа стираются грани между «Я» и «не-Я» [59] и

этот динамический распад самосознания обуславливает тотальную анозогнозию (гетероанозогнозию), а по мере восстановления адекватного самосознания при обратном развитии приступа у больных возникает возможность различной степени осознания болезни.

Приведенный обзор литературы по проблеме вменяемости-невменяемости при шизофрении наглядно иллюстрирует известную закономерность процесса познания: постепенность, последовательность и неуклонность движения исследовательской мысли от более общих категорий к частным, от общих оценок к более дифференцированным. Динамика взглядов на исследуемую проблему характеризуется движением в направлении от полного отождествления медицинского и психологического критерия невменяемости при шизофрении к поиску наиболее существенных, ключевых критериев, какими являются состояние сознания, самосознания, критичности.

Вместе с тем очевидно, что вопрос о нарушении самосознания применительно к судебно-психиатрической практике мало исследован. Неразрывная связь оценочного аспекта самосознания с понятием критичности дает основание предполагать влияние нарушений критичности на способность человека осознавать значение своих действий и руководить ими. Сказанное определяет научную и практическую значимость исследования соотношения уровня нарушения критичности и самосознания у больных шизофренией, как одного из критериев вменяемости в судебно-психиатрической практике.

О.А. Козерацька

ПРОБЛЕМА ОСУДНОСТІ-НЕОСУДНОСТІ ПРИ ШІЗОФРЕНІЇ

Київський міський Центр судово-психіатричної експертизи, Український НДІ соціальної, судової психіатрії та наркології, Україна

У судово-психіатричній практиці питання, пов'язані з діагностикою шизофренії та експертною оцінкою її різноманітних форм займають суттєве місце. Незважаючи на велику давність досліджень питання стосовно шизофренії у судово-психіатричній практиці, до нашого часу мають місце діаметрально протилежні точки зору на експертну оцінку при діагностуванні цієї хвороби. Деякі автори у останній час висловлюють думки з приводу визнання деяких хворих на шизофренію осудними при так званому «практичному одужанні», та встановленні якісних ремісій, розробляються критерії обмеженої осудності при шизофренії.

Патологія самосвідомості порівняно з іншими розділами психопатології досліджена недостатньо. Стосовно судово-психіатричного дослідження, постійно підіймаються такі проблеми, котрі мають відношення до самосвідомості: «критичне» відношення підекспертних до самого себе, до своїх психічних актів, та внутрішніх почуттів, до своїх вчинків та дій. Виникає думка про необхідність дослідження порушень самосвідомості у хворих на шизофренію в умовах СПЕ для вирішення питання осудності-неосудності підекспертного. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2001. - № 1 (8). - С. 110-117)

E. Kozeratskaja

THE PROBLEM OF RESPONSIBILITY-IRRESPONSIBILITY IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS

Kyiv center of forensic-psychiatric expertise, Ukrainian scientific research institute of social, forensic psychiatry and narcology, Ukraine

In the forensic practice the problems connected to diagnosis of schizophrenia as well as expertis of its various forms are rather essential. In spite of the fact that schizophrenia has been studied for a long time in its forensic aspect, a great number of the reports on the matter there are so far absolutely incompatible views as for the different variants of expert solutions while diagnosis of this disease. Views were shared as for the recognition of some patients as responsible in the cases of so-called «practical healing».

Pathology of self-consciousness is less studied than the other chapters of psychopathology and in fact, it has started attracting attention of psychiatrists only in recent years. Making a solution on responsibility-irresponsibility depends on preserved critical attitude of a person to his actions. It is impossible to analyze situation control the behavior without critical assessment own actions and the «I», his place and in the environment to the current happenings, when lacking are the preconditions to the ability «to account on the own action and control then». (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2001. - № 1 (8). - P. 110-117)

Литература

1. Морозов Г.В., Шумаков В.М. Клинико-социальная основа профилактики опасных действий психически больных (по данным комплексных эпидемиологических исследований) // Эпидемиология нервных и психических болезней. Воронеж, 1979. - С.180-183.
2. Wessely S.C., Castle D., Douglas A.J., Taylor P.J. The criminal careers of incident cases of schizophrenia // *Psychological Medicine*. -1994. -№24. -Vol.2. -P. 483-502.
3. Юрева Л.Н. Реабилитация больных шизофренией, совершивших общественно-опасные действия. — Киев, 1996. - 148 с.
4. Мальцева М.М. Общественно-опасные действия психически больных и принципы их профилактики. Автореф. Дис. д-ра мед. наук. — М., 1987. -38 с.
5. Мохонько А.Р. Клинико-эпидемиологический анализ опасных действий психически больных (по данным судебно-психиатрических экспертных комиссий) // XI съезд психиатров России: Материалы съезда. — М., 1995. - С.468-469.
6. Котова Т.А. Клинико-социальная характеристика больных, находящихся на принудительном лечении // Проблемы судебно-психиатрической профилактики. — М., 1994. -С.58-61.
7. Tsitouridis S.D., Tsitouridis M. Homicidal Behavior in psychiatric patients: a clinical study // *Ceska a Slovenska Psychiatric Suppl. 2-Rocnik 91-1995*, S.63-64.
8. Озерцовский Д.С. О медленно текущей шизофрении и ее психопатологическом варианте/ В кн.: Актуальные проблемы психоневрологии детского возраста. -М. 1973. -С. 19-25.
9. Личко А.Е. Реабилитация подростков с эндогенными психическими заболеваниями // Восстановительная терапия и реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. -Л. -С. 140-146.
10. Смулевич А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. М., Медицина, 1987. - 240 с.
11. Первомайский В.Б. Невменяемость и пределы компетенции психиатра-эксперта. / Рукопись докт. диссерт., - Киев, 1996. -с.360.
12. Шостакович Б.В., Свириновский Я.Е. К теории патоморфоза психических заболеваний. / Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике: (Сб. научн. тр.) / Под ред. акад. Г.В.Морозова. — М., 1985. -С.21-29.
13. Кондратьев Ф.В. Судебно-психиатрическое значение патоморфоза психических заболеваний (Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике (Сб. научн.тр.) / Под ред. акад. Г.В.Морозова. -М., 1985. -С.21-29.
14. Боброва И.Н., Печерникова Т.П., Герасимова С.М., Метелица Ю.Л. Патоморфоз психических заболеваний и особенности экспертных заключений / Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике (Сб. научн.тр.) / Под ред. акад. Г.В.Морозова. -М., 1985. -С.29-36.
15. Amador X.F., Strauss D.H., Yale S.A. et al. Awareness of illness in schizophrenia // *Schizofr. Bull.*. -1991. -Vol.17. -P.113-132.
16. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Клинические описания и указания по диагностике. Перевод на рус. яз. под редакцией: Ю.Л.Нуллера, С.Ю.Циркина. Россия, Санкт-Петербург: «Адис», -1994, -303 стр.
17. Луниц Д.Р. Проблема невменяемости в теории и практике судебной психиатрии. -М.: Медицина, 1966. -236 С.
18. Печерникова Т.П., Шостакович Б.В. Дискуссионные вопросы вменяемости при шизофрении // Шизофрения / судебно-психиатрический аспект: Сб. научн.тр. -М., 1983. -С.20-28.
19. Подrezова Л.А. Экспертная оценка психопатологических расстройств у больных шизофренией / Шизофрения (судебно-психиатрический аспект): Сб. научн.тр./ под ред. акад. Г.В.Морозова. — М., 1983. -С.96-105.
20. Скибина Н.В. Диагностика и судебно-психиатрическое значение психопатологических проявлений при малопрогрессирующей шизофрении. Автореф. дисс. на соиск.уч.ст. канд. мед. наук, М., 1994. -36 с.
21. Осколкова С.Н. Подходы к разработке критериев ограниченной вменяемости при шизофрении. // Сб. научн.тр. Ограниченная вменяемость / под ред. проф. Б.В.Шостаковича, — М., 1996. -С.46-53.
22. Клембовская Е.В. О возможности применения правовых категорий вменяемости и ограниченной вменяемости в случаях стойкой глубокой ремиссии шизофрении. // Сб. научн. тр. Ограниченная вменяемость / под ред. проф. Б.В.Шостаковича, — М., 1996. -С.59-68.
23. Кондратьев Ф.В. Методологические аспекты проблемы ограниченной вменяемости // Сб. научн.тр. Ограниченная вменяемость / под ред. проф. Б.В.Шостаковича, — М., 1996. -С.18-28.
24. Абдурагимова З.Т. О судебно-психиатрических оценках больных шизофренией в состоянии ремиссии // Матер. междунар. конф. психиатров. — М., 1998. -С.114-115.
25. Спирина И.Д. Некоторые патологические механизмы антисоциальных поступков и общественно-опасных действий при шизофрении. // Матер. междунар. конф. психиатров. — М., 1998. -С.174.
26. Герцберг М.О. Очерки по проблеме сознания в психопатологии. — М.: Медгиз, 1961. -176 С.
27. Спиркин А.Г. Сознание и самосознание. — М., 1972. -303С.
28. Голицын Г.А., Сербиненко М.В. Межполушарная асимметрия и проблема сознания // Методологич. аспекты науки о мозге. / Ред. О.С.Адрианов, Г.Х.Шингаров; АМН СССР. -М.: Медицина, 1983. -С.231-239.
29. Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А. Функциональные асимметрии человека. — М., 1981. -288 с.
30. Спрингер С., Дейч Г. Левый мозг, правый мозг / Пер. с англ. — М.: Мир, 1983. -256 С.
31. Иваницкий А.М. Сознание и рефлекс // Журн. высш. нервн. деят. им. И.П.Павлова. -1990. -Т.40. -Вып.6. -С.1053-1062.
32. Сеченов И.М. Избранные философские и психологические произведения. -М., 1947. -556 с.
33. Кон И.С. В поисках себя: личность и её самосознание. — М., 1984. -335 с.
34. Чудновский В.С. Пути и перспективы изучения самосознания при психических заболеваниях // Обзорение психиатрии и мед. психологии. -1992. -С 19-27.
35. Крепелин Е. Введение в психиатрическую клинику. 3-е доп. изд. -М., 1923. - 456 с.
36. Носенко Н.Ф. Роль состояния самосознания больных шизофренией в их социальной адаптации. Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. — С.-Петербург., 1992. -17 с.
37. Шейфер М.С. Сравнительное изучение самосознания больных с депрессивно-параноидным синдромом при шизофрении и сосудистых поражениях головного мозга. Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. — Л., -1987. -16 с.
38. Пескова М.В. Сравнительное изучение самосознания у больных с синдромом вербального галлюциноза при экзогенно-органических психозах и шизофрении. / Сб. научн.тр. Клинический аспект самосознания при психических заболеваниях. — Куйбышев., 1982. -С.85-93.
39. Носачев Г.Н. Нарушения самосознания у больных шизофренией с депрессивным и депрессивно-параноидным синдромами. // Журн. Невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. -1987. -Т.87, вып.5. -С.709-713.
40. Корнилов А.П. О нарушениях самосознания у больных шизофренией // Матер. Междунар. конф. психиатров. — М. -1998. -С.145-146.
41. Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б. Нарушение саморегуляции познавательной деятельности у больных шизофренией // Журн. невропат. и психиатр. Им. С.С. Корсакова. -1985. -Т.85, вып.12. -С.1813-1819.
42. Кожуховская И. И. Нарушение критичности у психически больных: (Патопсихол. исслед.). — М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1985. -79 с.
43. Циркин С.Ю. О закономерностях развития психической патологии. М. Социальная и клиническая психиатрия, 1994. - №2; С.105-120.
44. Северный А.А. // Всерос. Съезд невропатологов и психиатров 4-й Т.1. -М., 1980. -С.610-612.
45. Красильников Г.Т. Особенности нарушений критичности при шизофрении // Обзорение психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева. -1993. -№2. -С.95-97.
46. Пхиденко С.В. Социальное функционирование и компенсация при шизофрении. Киев, 1996. -120 с.
47. Wciorka J/ Stosunek chorych de przezywanych zaburzen schizofrenicznych // *Psychiatr. Pol.* -1988. -Vol.22, №3. -S.223-230.
48. Mc Evoy J.P., Schoder N.R., Friedman E. et al. Use of psychopathology vignettes by patients with schizophrenia of schizoaffective disorder and by mental health professionals to judge patient's insight // *Am. J. Psychiatry*. -1993. -Vol.150, №11. -p.1649-1653.
49. Каргаполов Ю.А., Мацкевич М.И. К вопросу об анозгнозии при шизофрении // Актуальные вопр. психиатрии Томск, 1983. -Вып.1. -С.103-104.
50. Краснушкин Е.А. О сознании и чувстве болезни при соматических болезнях. / Тр. 3-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. — М., 1950. -С.248-254.
51. Воловик В.М. Клиника начальных проявлений медленно развивающейся шизофрении и проблема ранней реабилитации больных. Автореф. дисс. ...д-ра мед. наук. — Л., 1980. -39 с.
52. Weitbrecht H.S. Was heisst multikonditionale Betrachtungsweise bei den Schizophrenien. // *Fortschr. Neurologie, Psychiatrie U. ihrer Grenzgebiete*, -1972. -Bd.40. S.287-307.
53. Гельдер М.Гет Д. Мейо Р. // Оксфордский учебник по психиатрии: Пер. с англ. В 2 т.-К.: Сфера, 1999. -Т.1. -С.-32.
54. Первомайский В.Б. Невменяемость, - Киев., 2000. - 320 с.
55. Горинев В.В. Понятие «иное болезненное состояние психики» в формуле невменяемости // Матер. междунар. конф. психиатров. — М., 1998. -С.129-130.
56. Плотицер А.И. // Проблемы психиатрии. — Вып.1. -Киев, 1970. -С.29-36.
57. Познанский А.С. // Проблемы сознания: материалы симпозиума. — М., 1966. -С.580-585.
58. Викторов И.Т. Клиника апсихотических форм шизофренического дефекта и его церебральная сущность. Дис... докт. мед. наук — Л., 1967.
59. Свердлов Л.С. // Журн. Невропатол. Психиатр. -1981. -№5. -С.737-742.

Поступила в редакцию 16.03.2001г.