

**Міністерство освіти і науки України
Тернопільська академія народного господарства**

Юридичний інститут

І. В. Левенець

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

**Тернопіль
Економічна думка
2004**

УДК 340.63. (075.8)
ББК 67.9 (4 Укр) 64 я 73
Л-35

Левенець І. В. Судова психіатрія: Навчальний посібник. – Тернопіль: Економічна думка, 2005. – с. 328.

Рецензенти:

Влох І. Й. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії, психології та сексології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького;

Нор В. Т. – доктор юридичних наук, професор, завідувач кафедри кримінального процесу і криміналістики Львівського національного університету імені Івана Франка;

Репецький В. М. – кандидат юридичних наук, професор, завідувач кафедри міжнародного права Львівського національного університету імені Івана Франка.

Рекомендовано до друку Міністерством освіти і науки України як навчальний посібник для студентів юридичних спеціальностей вищих навчальних закладів
(лист № 14/18.2-848 від 18. 04. 2005 р.).

Рекомендовано до друку
Вченою радою Тернопільської академії народного господарства
(протокол № 8 від 05. 07. 2004 р.).

Посібник розрахований для студентів зі спеціальності “правознавство” юридичних вузів, правників, криміналістів, а також може бути використаний студентами-медиками, лікарями-психіатрами, чия практична діяльність стосується судово-психіатричної експертизи.

ISBN 966-654-153- X

© Левенець І. В.

ВСТУПНЕ СЛОВО

Розвиток України як правової демократичної держави неможливий без гармонізації соціально-правових відносин між усіма верствами суспільства. Особи, які страждають на хронічні або короткочасні розлади психіки, що нині все більше зростають, є найменш захищеною в правовому аспекті категорією населення. Водночас вони – соціально небезпечний контингент через вірогідну схильність до вчинення правопорушень, суспільно небезпечних діянь. За таких умов правильно оцінити ситуацію та зорієнтувати правоохоронні органи, слідство і судочинство допомагає судова психіатрія – наука, яка за своєю практичною сутністю межує з медициною та правознавством.

Навчальний посібник “Судова психіатрія” призначений дати студентам спеціальності “правознавство” розуміння організаційно-правових і науково-практичних основ сучасної судової психіатрії, її місця серед інших юридичних наук. Майбутні юристи правової держави повинні своїми знаннями і практичними діями сприяти здійсненню справедливого, гуманного правосуддя, допомагати ефективному розкриттю злочинів, попередженню суспільно небезпечних дій хворих на психічні розлади, вміти правильно застосувати заходи медичного характеру й одночасно стояти на захисті основних прав, свобод та законних інтересів таких осіб.

Окрім подання клінічних характеристик різноманітних форм розладів психічного здоров'я, в навчальному посібнику приділено значну увагу вивченню організаційно-правових аспектів судово-психіатричної експертизи, експертній оцінці окремих психічних захворювань з урахуванням правової реформи, що проводиться в Україні.

Розгляд основних форм психічних розладів проводиться в контексті новітньої Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10). Особливу увагу приділено соціально-правовим наслідкам таких поширених нині захворювань, як СНІД, алкогольна та наркотична залежність тощо. Підкреслюється важливість забезпечення законних прав та інтересів осіб у процесі надання їм психіатричної допомоги і вміння вчасно розпізнавати різні види психічних розладів, використовувати на практиці діагностику та експертну оцінку цих розладів, вирізняти їх симуляцію. Все це дасть змогу ефективно застосовувати судово-психіатричну експертизу в кримінальному та цивільному процесі й вирішенні адміністративних справ, допоможе навчитися кваліфіковано оцінювати експертні висновки, що загалом має сприяти здійсненню гуманного правосуддя в демократичній правовій державі.

РОЗДІЛ І. ЗАГАЛЬНОТЕОРЕТИЧНІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПИТАННЯ СУДОВОЇ ПСИХІАТРІЇ

§ 1. Мета, предмет і завдання судової психіатрії. Історія розвитку.

Судова психіатрія є частиною загальної медичної науки психіатрії, однак вона має самостійні завдання. У клініці психіатра цікавлять питання визначення **причин і характеру** захворювань з метою їх **попередження та лікування**. Для судової психіатрії ці завдання дещо зберігають своє значення, із загальної психіатрії запозичуються **методи дослідження та класифікація** психічних хвороб, але своєю основною метою ці споріднені науки відрізняються.

Головна мета судової психіатрії полягає у **вивченні психічних розладів** у їх специфічному відношенні до певних питань кримінального та цивільного права і процесу.

Специфіка судової психіатрії зумовлена тим, що в своїй **практичній, прикладній площині** вона поєднана з **юриспруденцією**. Саме в процесі юридичної практики нерідко виникають питання, які викликають необхідність проведення дослідження психічного стану і здоров'я окремих **підозрюваних, обвинувачених, засуджених, свідків, потерпілих, цивільних позивачів і відповідачів**.

Один із засновників психіатрії С. С. Корсаков, підкреслюючи значення судово-психіатричної експертизи для юриспруденції, зауважував: “Застосування законів, що визначають обмеження громадянської правоздатності душевнохворих і обумовлюють їх невідповідальність, викликає потребу в обстеженні стану розумових здібностей за допомогою лікаря для судових потреб”.

Знання в галузі судової психіатрії потрібні юристам будь-якої спеціалізації та обов'язково здобуваються в усіх вищих навчальних закладах юридичного профілю. Слідчим, працівникам прокуратури, суддям та адвокатам, окрім професійного володіння необхідними правовими знаннями стане у пригоді вміння грамотно застосовувати знання і допомогу спеціалістів різних галузей, у т. ч. судових психіатрів-експертів. Кримінальні злочини, що вчиняються, а також цивільно-правові відносини і конфлікти, як правило, стосуються різних сторін і сфер життя. Знання психології поведінки і психічних особливостей окремих осіб допомагають у виявленні, розкритті і профілактиці злочинів. Завдяки таким знанням стає можливим встановлення формування злочинного умислу, мотивації, вибору способу і засобів вчинення злочину. Судовий психіатр не тільки встановлює діагноз психічної хвороби, якщо вона дійсно має місце, а й визначає ступінь ураження психічної сфери конкретної людини певними розладами, що особливо є важливим при визначенні осудності-неосудності, дієздатності-недієздатності.

Таким чином, **предметом судової психіатрії** є психічні розлади, які мають правове значення у кримінальному та цивільному судочинстві.

Коло питань судової психіатрії визначається її основними завданнями:

1) експертне обстеження (обсеження) і надання висновків (заклучень) про

осудність чи неосудність осіб, притягнених до кримінальної відповідальності і які викликають сумніви в їх психічному здоров'ї у слідства та суду, а також щодо психічного стану цих осіб під час проведення експертизи;

2) попередження суспільно небезпечних дій психічно хворих, у т. ч. шляхом застосування заходів медичного впливу стосовно неосудних, обмежено осудних та осіб, які захворіли після вчинення злочину;

3) обстеження (обсеження) і надання експертних висновків (заклучень) з питання про дієздатність осіб, які викликають сумніви в їх психічному здоров'ї у суду в цивільному процесі;

4) визначення психічного стану свідків і потерпілих при необхідності;

5) визначення психічного здоров'я осіб, у яких з'явилися ознаки психічних розладів під час відбування покарання в місцях позбавлення волі, та подання висновків про заходи медичного характеру стосовно таких осіб;

б) в окремих випадках, при потребі, – надавати допомогу у визначенні слідчих дій, методики розслідування.

Отже, судова психіатрія як самостійна наука вивчає психічні розлади, чим сприяє правосуддю. При вирішенні певних клінічних психіатричних питань щодо застосування правових норм у коло її вивчення потрапляють ті розлади психічної діяльності, встановлення яких у кримінальному чи цивільному судочинстві тягне за собою визначені діючим законодавством **правові наслідки**: звільнення від кримінальної відповідальності, застосування примусових і непримусових заходів медичного характеру (в разі підтвердження наявності психічних розладів тої чи іншої глибини) – в кримінальному процесі; визнання угоди недійсною – при аналогічних судово-психіатричних висновках у цивільному процесі. Оцінюючи психічний стан особи під час скоєння нею суспільно небезпечної дії чи стан позивача і відповідача в цивільному процесі, судово-психіатричні експерти на вимогу слідчих органів і суду надають висновки клінічного психіатричного дослідження не тільки щодо характеру захворювання, тобто не тільки встановлюють діагноз, а й – і це найголовніше – визначають глибину і ступінь хворобливих психічних порушень, як впливало те чи інше психічне захворювання на здатність усвідомлювати свої дії та керувати ними, на можливість розсудливо і свідомо вести власні справи. Саме такі експертні висновки дозволяють органам слідства і суду вирішувати кожен конкретну справу, захищати від небезпечних дій психічно аномальних осіб, з одного боку, права людини, а з іншого – інтереси суспільства.

Ще з XIX ст. у судовій психіатрії відоме поняття “презумпція психічного здоров'я”, згідно з яким здоров'я розглядалось як правило, а психічна хвороба – як виняток, котрий необхідно визначити. Це поняття споріднене з юридичним – презумпцією невинності, що базується на первинній цінності людської особи, факт провини якої треба довести. Подальша розробка такого підходу до вирішення важливих експертних питань має на меті створити перешкоди для зловживань у цій галузі.

Відповідно до своїх завдань психіатрія розробляє необхідні для практики принципи оцінки окремих психічних захворювань, психіатричні критерії, на основі яких даються висновки про неосудність або недієздатність, вибір тих чи інших заходів медичного характеру стосовно психічно хворих, що скоїли суспільно небезпечні дії. У безпосередньому зв'язку з цим вивчаються форми психічних розладів, особливості їх перебігу, які трапляються здебільшого у судово-психіатричній практиці і майже не спостерігаються у звичайній психіатричній клініці. Передусім це стосується т. зв. виняткових або виключних станів: патологічного сп'яніння, патологічних просонкових станів, патологічного афекту, реакції короткого замикання, які треба продіагностувати або відкинути, ретроспективно вирішити експертне питання про можливість перебування досліджуваної особи в одному з цих станів у момент скоєння суспільно небезпечної дії. Сюди ж відносяться і численні в судово-психіатричній практиці випадки симуляції, агравації, реактивних станів. Вимагають подальшої теоретичної та практичної розробки питання судово-психіатричної і правової оцінки випадків, коли фіксуються невиразність клінічної симптоматики або її видозміни (патоморфоз), особливо під впливом психогенно-ситуаційних факторів (обставини слідства, загроза суду, несприятливі соціальні фактори тощо), при полегшеному перебігу шизофренії, в стані ремісії, при органічних ураженнях головного мозку, недоумстві, психопатіях.

Нині зростає значення судово-психіатричної експертизи і в цивільному процесі, коли вирішуються питання дієздатності-недієздатності, а також при розгляді пов'язаних з цими поняттями соціальних проблем у галузі трудового та сімейного права.

Збільшення кількості осіб із невиразними клінічними формами психопатології спричиняє сьогодні обговорення в законодавчих органах багатьох країн питання про введення поняття "обмеженої осудності", необхідність розробки відповідних клініко-експертних оціночних критеріїв такої осудності. В Україні обмежена осудність законодавчо визначена ст. 20 Кримінального кодексу України (ККУ), який набув чинності 5 квітня 2001 р.

Питання профілактики суспільно небезпечних дій психічно хворих є надзвичайно важливими в практиці психіатрії та захисту права. Опинившись після проходження примусового лікування без належної уваги, такі хворі можуть становити соціальну небезпеку. Проблема повторних суспільно небезпечних дій психічно хворих тісно пов'язана з розробкою й уточненням критеріїв для відміни примусового лікування, виписки хворих, що знаходилися в психіатричних лікарнях на загальних підставах, з організацією ретельного нагляду за виписаними хворими з боку психіатричних диспансерів та інших медичних установ і органів правопорядку за місцем проживання цих осіб. Розробка питань профілактики суспільно небезпечних дій психічно хворих потребує вивчення "механізмів", зумовлених хворобливими розладами психіки і соціально-побутовими факторами, які сприяють правопорушенням. Ці питання зближують судову психіатрію з теорією і практикою

позалікарняної допомоги та соціальної реабілітації психічно хворих.

На основі судово-психіатричної експертизи і роботи з профілактики суспільно небезпечних дій психічно хворих розробляються законодавчі та інструктивно-методичні матеріали з питань організації і проведення експертизи, примусового лікування та інших заходів медичного характеру. Впроваджуються нові види експертного обстеження, такі як комплексна психолого-психіатрична експертиза, що визначає здатність особи до волевиявлення й адекватного психічного відображення, та комплексна судова сексологічно-психіатрична експертиза, яка допомагає вирішувати проблеми щодо осудності-неосудності в специфічних випадках сексуальних правопорушень.

Практикою і потребами захисту прав особи, в т. ч. стосовно засуджених, що відбувають покарання, від судової психіатрії було відокремлено спеціальний розділ – **пенітенціарну психіатрію**, яка входить до складу загальної медичної служби пенітенціарної системи країни. Її метою є надання психіатричної допомоги засудженим у місцях позбавлення волі. До завдань пенітенціарної психіатрії входить виявлення з числа засуджених осіб із психічними розладами, що не виключають осудність і можливість подальшого відбування покарання, своєчасне надання їм психіатричної та наркологічної допомоги, здійснення відповідних реабілітаційних програм, виконання примусового лікування від алкогольної чи наркотичної залежності, яке було призначене судом.

Із того, як ставиться суспільство до психічно хворих, можна зробити висновки про рівень його розвитку, загальну і правову культуру. З появою держави і права характер оцінки та способи впливу на психічно хворих починають втілюватися в певні теорії і державно-правові акти, що, зрештою, визначається рівнем розвитку суспільних відносин, а також відповідних наук.

З глибини віків до нас дійшли уявлення про психічні хвороби, що вважалися як наслідок втілення в людину демонів, злих духів тощо. Від давніх часів походження психічних розладів також пояснювали різними травмами, розлиттям жовчі і надлишковим вживанням вина, рідини, життєвими негараздами і т. д. Широко відомі з історії Середньовіччя “полювання на відьом”, організовані інквізицією, коли під тортурами і на вогнищах було знищено багато душевнохворих людей.

У Стародавньому Єгипті скасовувалася угода про купівлю раба, якщо в нього невдовзі виявлялися епілептичні судоми. За законами царя Соломона (VI ст. до н. е.) не визнавалися дійсними акти на спадщину, які були складені божевільними. Згідно з нормами римського права відповідальність за божевільних несли їх опікуни й особи, що здійснюють нагляд. Про виключення “біснуватих” зі свідків йдеться у вітчизняних законодавчих пам’ятках – “Статуті” і “Повчанні” Володимира Мономаха (XII ст.). Заборонялося карати недоумкуватих і божевільних у “Саксонському зеркалі” (XIII ст.). Вказівки на невідповідальність психічно хворих за вбивство і на неможливість їх виступати свідками у судових справах є в московських “Новоуказных статях о разбойных и убийственных делах” (XVII ст.). Указом

російського царя Петра I “О свидетельствовании дураков в Сенате” (1722 р.) встановлювалося визначення недієздатності дітей дворян, які намагались ухилитися від державної служби під виглядом вдаваного психічного захворювання. Хворим особам також заборонялось одружуватися чи виходити заміж, а їхнє майно переходило під нагляд. Із XVIII ст. відомі окремі випадки звільнення від кримінальної відповідальності психічно хворих злочинців у Західній Європі, зокрема, у Франції.

У розвитку судової психіатрії видатна роль належить передовим психіатрам XIX ст., які намагались розглядати психічні хвороби з матеріалістичних і гуманістичних позицій, піклувалися про охорону прав і людської гідності психічно хворих, виступали за недопустимість засудження тих, хто потребує лікування. Представниками передової психіатрії в Росії були професор Московського університету С. С. Корсаков (1854–1900), професор Казанського університету А. У. Фрезе (1826–1884), видатний психоневролог В. М. Бехтерев (1857–1927), засновник судової психіатрії В. П. Сербський (1858–1917). В Україні працювали професор, один із засновників Психоневрологічного інституту В. М. Геккебуш (1881–1931), академік О. І. Ющенко (1869–1936).

На Заході таку ж роль відіграли відомі психіатри В. Грізінгер (Німеччина), Крафт-Ебінг (Австрія), Ф. Пінель і Ж. Ескіроль (Франція), Моудслі (Англія), Рей (США) й багато інших.

Великий внесок у науково-практичну розробку судової психіатрії зробили співробітники Всесоюзного науково-дослідного інституту загальної та судової психіатрії ім. В. П. Сербського в Москві академік Г. В. Морозов, професори А. К. Качаєв, В. П. Белов, Ф. В. Кондратьєв, І. М. Боброва, Т. П. Печернікова.

Для розуміння понять провини, осудності, мотивів поведінки людини, обґрунтування її особистої відповідальності в правовому контексті мають особливе значення методологічні і теоретичні основи, на яких базується психіатрична наука, що дає теоретичні підходи для практичного вирішення цих питань в юриспруденції. Так, надмірне намагання деяких правників детермінувати, стверджувати про визначеність людських вчинків і поведінкових реакцій лише біологічними факторами не дозволяє вирішувати питання про осудність-неосудність. Психіатрія, що ідеалізує домінування “темних”, “несвідомих”, інстинктивних потягів у поведінці людини, принижує роль волі та свідомості, не дозволяє науково вирішити проблему, яка є наріжною в судовій психіатрії, а саме осудності.

Західна класична школа кримінального права в питаннях індивідуальної відповідальності, осудності розглядає “волю” як особливу духовну категорію, що не підпорядковується законам причинності, але визначає всю свідому поведінку, вчинки та дії людини (на цьому базується німецьке кримінальне право і судова психіатрія). Тут простежується зв’язок із філософією Е. Канта і Г.-Ф. Гегеля, чим підмінюються поняття провини й осудності на т. зв. “доцільність” ізоляції та заходів покарання. Представники цієї школи відстоюють ідею “абсолютної волі” і говорять

про наявність “вітального” (життєвого, “творчого”) осередку, що дозволяє, на їх погляд, говорити про повну причинну обумовленість людської поведінки.

Проти ідеї “вищої волі” активно виступав російський фізіолог І. П. Павлов (1849–1936), який пояснював поведінкові реакції людини з позицій створеної ним теорії умовних і безумовних рефлексів.

Представники школи антропологічного детермінізму, що виникла на тлі бурхливих соціальних потрясінь ХІХ ст., італійський психіатр Ч. Ломброзо (1835–1909) та його послідовники, пояснюючи злочин біологічними причинами, котрі розглядались як наслідки виразних анатомічно-спадкових патологічних рис особистості, вважали криміногенну поведінку окремих осіб із певними антропологічними особливостями фатально зумовленою (детермінованою), а поняття осудності – непотрібним.

Після Другої світової війни неоломброзіанці стверджували, що психічні особливості виключно спадково обумовлені, визначають поведінку людини і характер суспільних взаємовідносин. Відповідно до цього вони заявляли, що егоїзм, улесливість, жадібність, схильність до шахрайства є спадковими ознаками і властиві тільки певним формам психопатій. Останні розглядались як антисоціальні стани, і це дозволяло державному каральному апарату при необхідності обґрунтовувати репресії. Цьому ж прислужувались і такі “винаходи” неоломброзіанців, як т. зв. “кримінально-дегенеративна конституція” – особливий спадково-обумовлений тип особи, що характеризується раннім початком кримінальної діяльності.

Заслужують на увагу вчення австрійського психіатра-психотерапевта, засновника школи психічного аналізу З. Фрейда (1856–1939) та погляди його послідовників – неофрейдистів. Поведінка людей пояснювалася підсвідомими потягами до статевого задоволення і смерті. Відомий фрейдівський “Едіпа комплекс” розглядався як підсвідоме бажання вбивці звільнити себе, реакція на сліпі ревності сина до батька як статевого суперника у ставленні до матері. Шахрайство, на погляд неофрейдистів, спричинене інфантильною сексуальністю. Підсвідоме замасковано т. зв. “культуральними факторами”, впливом комплексів раннього дитинства на подальшу соціальну деградацію і дезадаптацію індивіда. Схильність до злочину розглядалася через невротичну поведінку.

Прихильники соціологічного напрямку пояснюють причини злочинної поведінки біологічними та соціальними факторами (безробіття, алкоголізм, наркоманія, проституція), соціальною деградацією. Соціологічна школа, виокремлюючи особливий тип соціально небезпечних людей, відкидає принцип осудності, замінюючи його поняттями про доцільність репресивних заходів або медичної ізоляції.

Від початку ХХ ст. розвинувся в психіатричній школі клінічний напрямок, який базувався на описовій феноменології К. Ясперса (1883–1969). Детальний опис симптомів хвороби, доповнений даними лабораторних досліджень, безумовно, покращили аналіз і систематику психічних хвороб, але багато в чому підмінювались

формалізованим підходом до проблем живої людини, без врахування її психології, особистого ставлення до навколишнього, ситуації, хвороби.

У 60-і роки ХХ ст. на основі тези про те, що психіатрію не можна віднести до медичної дисципліни, через брак в її арсеналі звичних для всієї медицини об'єктивних методів діагностики виник **рух антипсихіатрії**. Її прихильники огульно звинувачували психіатрів у реакційності, стверджували, що ці є одним із знарядь соціального контролю, політичного примусу та переслідування інакодумців, фізичного насильства й утиску людей, чия поведінка не відповідає нормам, які звичні для сучасної суспільно-політичної формації. Антипсихіатри пропагували відмову від загально прийнятного розуміння поняття “психічно хворий”, ліквідацію психіатричних закладів і пропонували натомість створити терапевтичні співтовариства, де “особи з життєвими проблемами” утримувалися би на добровільних засадах, ліквідувати поділ на хворих, лікарів і медперсонал, заборонити медикаментозне лікування. Наприкінці 70-х – на початку 80-х років антипсихіатрія повністю виявила свою життєву неспроможність.

Історію розвитку судової психіатрії в Україні прийнято поділяти на чотири етапи.

Перший етап (1919–1929 рр.) – накопичення досвіду судово-психіатричної експертної роботи, розробка нових форм експертизи і примусових заходів медичного характеру, становлення законодавчої та науково-технічної бази.

Другий етап (1930–1950 рр.) – організація мережі судово-психіатричних закладів (відділень, експертних комісій) у системі органів охорони здоров'я, проведення наукових досліджень, підготовка наукових кадрів.

Третій етап (1951–1991 рр.) – розширення діагностичних та експертних можливостей впровадження нової системи судово-психіатричних оціночних критеріїв стосовно всіх психічних хвороб. Початок практичного впровадження такого нового напрямку судово-психіатричної діяльності, як профілактика суспільно небезпечних дій психічно хворих. У практику запроваджено два види примусових заходів медичного характеру – лікування в психічних лікарнях загального типу і спеціального типу, що підпорядковувалися міністерству внутрішніх справ. З 1988 р. примусове лікування почало проводитись у лікарняних закладах трьох типів, які підпорядковувалися тільки органам охорони здоров'я: зі звичайним, посиленням і суворим спостереженням. На VI конгресі Всесвітньої асоціації психіатрів у 1977 р. порушувалося питання про т. зв. “каральну психіатрію”, про використання в СРСР психіатрії з політичною метою й утисків прав людини. Відкрите визнання таких фактів почалося наприкінці 80-х років. Одночасно в результаті багатьох публікацій у пресі про використання радянської психіатрії з політичною метою, для боротьби з інакодумцями й опозицією почалося огульне та безпідставне звинувачення всіх психіатрів: їх називали “злочинцями в білих халатах”, “психіатричною мафією” тощо. В багатьох випадках це порушило нормальні відносини між психіатрами та їхніми пацієнтами.

Четвертий етап (від 1991 – донині) – здійснено перехід на МКХ-10; судовими психіатрами використовуються досконаліші та надійніші діагностичні критерії психічних розладів, завдяки чому значно підвищена вірогідність діагностики. Після розпаду СРСР інтерес громадськості до психіатрії значно впав, а практика стосунків між судовими психіатрами та правоохоронними органами стала результативнішою. Продовжується демократична судово-правова реформа. Від 22 лютого 2000 р. діє Закон України “Про психіатричну допомогу” (див. Додатки).

Судова психіатрія є необхідною для вивчення студентами-юристами, а також спеціалістами-психіатрами, чия робота стосуватиметься практики судово-психіатричної експертизи. Знання із судової психіатрії дозволить студентам-юристам у їх майбутній практичній роботі правильно призначати і розуміти судово-психіатричну експертизу, критично оцінювати не тільки експертне заключення, а й ті принципові положення і фактичні дані, на основі яких воно базується. Водночас без судово-психіатричних знань заключення та висновки експертів будуть незрозумілими працівникам судово-слідчим органів і прокуратури, адвокатам.

§ 2. Організаційно-процесуальні основи судово-психіатричної експертизи в Україні: правовий статус, завдання, підстави та порядок призначення, основні форми.

Згідно з чинним кримінально-процесуальним і цивільно-процесуальним законодавством України, а також “Порядком проведення судово-психіатричної експертизи” від 8 жовтня 2001 р., судово-психіатричне експертне обстеження проводиться на підставі постанови слідчого, прокурора, органу дізнання, ухвали суду для вирішення питань, що мають правове значення і не вирішуються без знань у галузі психіатрії.

Організація та проведення судово-психіатричного експертного дослідження є компетенцією органів і лікувальних установ психіатричного профілю Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України. З метою досягнення максимальної об'єктивності судово-психіатрична експертиза не оплачується зацікавленою стороною.

Відповідно до підстав основними завданнями судово-психіатричної експертизи можуть бути:

– визначення психічного стану і надання висновків (заключень) про осудність чи неосудність підозрюваних, обвинувачених, засуджених, стосовно яких в органів дізнання, слідства та суду виникли сумніви щодо їх психічного здоров'я, а також надання висновків (заключень) про необхідність застосування медичних заходів стосовно осіб, визнаних неосудними в момент скоєння ними правопорушення або таких, що захворіли на психічну хворобу після вчинення злочину;

– визначення психічного стану свідків і потерпілих і подання висновків (заключень) про здатність обстежуваного правильно сприймати, запам'ятовувати та відтворювати обставини, які мають значення для справи, у випадках, коли в органів слідства та суду виникають сумніви в психічному здоров'ї цих осіб;

– визначення психічного стану позивачів, відповідачів, а також осіб, стосовно яких вирішується питання про їх дієздатність.

З метою організації проведення судово-психіатричної експертизи органами охорони здоров'я утворені при психіатричних лікарнях, відділеннях (стаціонарна експертиза) та при амбулаторній ланці психіатричної служби – психіатричних і наркологічних диспансерах (амбулаторна експертиза) спеціальні судово-психіатричні експертні комісії (СПЕК).

До СПЕК входять не менше 3-х лікарів-психіатрів (голова та 2 члени). У виключних випадках допускається проведення експертного обсеження двома чи одним психіатрами. В Україні у СПЕК вводяться, здебільшого головуючими, спеціалісти-психіатри з найдосвідченіших кадрів, яким призначаються відповідні ранги державних службовців. Судово-психіатричним експертом може бути тільки особа, котра має звання лікаря і пройшла спеціалізацію з психіатрії. Експерт повинен бути незалежним від сторін, об'єктивним, тобто не мати особистої зацікавленості в результатах експертизи, що забезпечує його процесуальну незалежність, об'єктивність і неупередженість.

У радянський період головним методологічним і науково-практичним центром судової психіатрії в загальнодержавній системі охорони здоров'я був Всесоюзний науково-дослідний інститут загальної та судової психіатрії ім. В. П. Сербського. Там проводилися найскладніші судово-психіатричні експертизи, наукові дослідження, підготовка кадрів і підвищення кваліфікації експертів, викладалася судова психіатрія для студентів юридичних вузів.

Нині провідними в Україні в цій галузі є Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України в Києві, Харківський інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України, центри судово-психіатричної експертизи.

Відповідно до законодавства і практики судово-психіатрична експертиза не має інстанцій. Всі СПЕК і судові психіатри, як і всі психіатри, залучені до судової експертизи, є юридично абсолютно рівноправними. Це означає, що експертиза, проведена комісією судових психіатрів у складі провідних вчених інститутів і повторно призначена експертиза в складі лікарів будь-яких психіатричних закладів або судово-психіатричних відділень лікарень – процесуально рівноправні для суду. Цей організаційний принцип дуже важливий, особливо з огляду на те, що дозволяє уникати тиску авторитетних структур владних установ, а також відомчих інтересів. Суд може не погоджуватися з висновками будь-яких медичних установ чи СПЕК, якщо вони будуть недостатньо обґрунтованими, і має право призначити нову експертизу, але обов'язково повинен мотивувати свою незгоду.

Судово-психіатричну експертизу можна проводити в стаціонарі, амбулаторно, в суді, у слідчого чи особи, котра здійснює дізнання, заочно чи помертно за матеріалами справи. Строк проведення судово-психіатричної експертизи не повинен перевищувати 30 днів. У разі неможливості дати висновок протягом вказаного часу

експертна комісія виносить умотивоване рішення про необхідність продовження цього строку.

Судово-психіатричний висновок про психічний стан підслідних, про їх осудність чи неосудність, а також про стан психічного здоров'я (в цивільному процесі) дається на основі їх психіатричного обстеження, вивчення матеріалів карної справи чи відомостей з минулого життя (анамнезу), документів і довідок про перенесені раніше захворювання. Всі медичні заклади (лікарні, клініки, диспансери, поліклініки тощо) зобов'язані надавати СПЕК через органи, які призначили експертизу, всі необхідні відомості і матеріали про обстежуваних чи пролікованих виписки з історій хвороби, довідки, дані аналізів і різних методів досліджень та ін.

Судово-психіатричний висновок оформляється у вигляді акту, який підписується всіма членами комісії, причому кожний з них несе однакову відповідальність за його зміст. У разі незгоди одного з експертів із висновками інших членів комісії він має право не підписувати цей акт і складає свій окремий висновок чи акт (ст. 75 Кримінально-процесуального кодексу України (КПКУ), ст. 148 Цивільного процесуального кодексу України (ЦПКУ)).

Відповідно до ст. 65 КПКУ та ст. 57 ЦПКУ висновок судово-психіатричних експертів є одним із джерел доказів у справі. Необхідно підкреслити, що остаточний висновок про осудність чи дієздатність особи робить тільки суд.

У разі недостатньої повноти чи ясності висновку може бути призначена додаткова експертиза, яка доручається тим чи іншим експертам, а при необґрунтованості висновків чи сумнівах у їх правильності – повторна експертиза, що доручається іншим експертам (ст. 203 КПКУ, ст. 150 ЦПКУ).

Згідно зі ст. 77 КПКУ та ст. 53 ЦПКУ про обов'язки та права осіб, які залучаються до проведення судово-психіатричної експертизи, вони мають право знайомитися з матеріалами судової справи, бути присутніми на судовому засіданні, радитися з іншими експертами, задавати питання потерпілим, обвинуваченим і свідкам за наявності відповідного дозволу.

Якщо відповідь на поставлене судово-слідчими органами запитання виходить за межі спеціальних знань експерта або надані матеріали недостатні для висновку, експерт у письмовій формі сповіщає про неможливість дати цей висновок, докладно пояснивши мотиви своєї відмови. Коли ж під час проведення судово-психіатричної експертизи експертом встановлюються обставини, що мають значення для справи, він має право вказати на них у своєму висновку.

Судово-психіатричний експерт не має права розголошувати відомі йому слідчі матеріали. Отримані в процесі експертизи дані він сповіщає тільки слідчим і судовим органам. За розголошення даних попереднього слідства чи дізнання або за відмову від виконання покладених обов'язків і за явно неправдивий висновок експерт несе відповідальність за статтями 384, 385, 387 ККУ, 53 ЦПКУ, 184-4, 185-3, 185-6, 186-8 Кодексу України про адміністративні правопорушення.

Важливе значення мають тісно пов'язані з проблемами судово-психіатричної

експертизи питання лікування осіб, котрі були визнані неосудними, й осіб, які захворіли після скоєння правопорушення і винесення вироку. Всі ці питання обов'язково відображаються в експертних висновках і відповідних рекомендаціях.

Так само, як при вирішенні питань про осудність, при визначенні характеру психічного захворювання, що виникло після скоєння правопорушення, до чи після вирішення судом кримінальної справи за суттю судово-психіатричні експерти повинні враховувати його типи – **тимчасовий** чи **хронічний**. При останньому виноситься висновок про неможливість цієї особи постати через це перед судом і нести покарання за правопорушення, скоєне до розвитку психозу, чи про неможливість подальшого відбування покарання в місцях позбавлення волі та необхідність її переведення на лікування до психіатричної лікарні. Тимчасовий характер захворювання – це коли особа лише деякий час не може постати перед судом, приймати участь у слідстві під час розслідування або провадження справи судом чи відбувати покарання.

Згідно із законодавством як заходи медичного характеру стосовно душевно хворих, котрі скоїли суспільно небезпечні дії, застосовується примусове лікування в психіатричних лікарнях загального чи спеціального типу; лікування на загальних підставах, тобто так само, як і всіх інших душевно хворих; передача на піклування родичам або опікунам при умові обов'язкового лікарського нагляду психіатричного диспансеру за місцем проживання.

Примусове лікування не можна розглядати як покарання, тому що душевно хворі не спроможні розуміти його значення. Хоча воно призначається, відміняється або замінюється іншими заходами за рішенням суду, останній не встановлює термін примусового лікування. У разі одужання особи чи настання стійкого покращення і втрати нею соціальної небезпечності примусове лікування за поданням адміністрації лікувальної установи, згідно з висновком експертної комісії, може бути скасоване судом навіть через короткий термін, тобто це залежить від психічного стану хворого і його оцінка є прерогативою лікарів-психіатрів.

Госпіталізація психічно хворих на загальних підставах здійснюється з такого їх психічного стану, коли в цьому є необхідність, і у відповідності з нормами організації системи амбулаторної та стаціонарної психіатричної допомоги в Україні. Згідно з цим лікар-психіатр диспансеру або поліклініки, встановивши факт психічного захворювання та наявність показань до стаціонарного лікування, направляє хворого в психіатричну лікарню. Черговий лікар психіатричної лікарні, прийнявши й особисто оглянувши хворого, визначає, в який відділ його потрібно госпіталізувати; там лікуючим психіатром і завідуючим відділом проводиться подальше обстеження та призначається лікування, а за участю лікарсько-консультативної комісії (ЛКК) колегіально проводиться оцінка працездатності, наявності суїцидальних і соціально небезпечних тенденцій, ознак інвалідності і подальше направлення на медико-соціальну експертну комісію (МСЕК). Психічно хворі, лікування яких проводилося на загальних підставах, виписуються, якщо вони

не потребують продовження стаціонарного лікування. В подальшому нагляд за психічним здоров'ям хворих і підтримуюче лікування здійснюють позалікарняні психіатричні заклади: диспансери, медико-соціальні реабілітаційні установи, лікувально-виробничі майстерні та цехи тощо.

Наявність позалікарняних закладів, окрім продовження амбулаторного підтримуючого лікування, забезпечує нагляд і можливість своєчасно виявити небезпечні зміни в психіці хворих і повторно госпіталізувати їх для ефективного лікування. Якщо хворий, котрий підлягає за медичними показаннями виписці з лікарні, перебуває в стані, при якому він не може бути повністю справним і залишатися на самоті, а, крім цього, не має постійного місця проживання і близьких, зобов'язаних здійснювати піклування про нього, він може бути виписаний з лікарні тільки після встановлення над ним опіки.

Такі організаційно-структурні особливості психіатричної служби спрямовані на профілактику суспільно небезпечних дій психічно хворих і їх ефективне лікування та виправдані часом, забезпечують наступність між стаціонарною й амбулаторною ланками психіатричної допомоги населенню. Завдяки цьому персонал психіатричного диспансеру, як правило, своєчасно проводить амбулаторне лікування хворих, що прикріплені до диспансеру і котрих добре знає, підтримує постійний тісний контакт з ними та їх родичами, а при необхідності проводить госпіталізацію хворих у звичайному або невідкладному примусовому порядку.

При направленні в стаціонар дільничний лікар-психіатр попередньо встановлює діагноз та оформляє відповідної форми направлення, а при виписці після лікування психічно хворого в стаціонарі амбулаторна ланка повідомляється з направленням відповідної виписки з історії хвороби та рекомендацій з організації підтримуючого амбулаторного лікування і реабілітації. Всі ці дані разом з описом динаміки поточного диспансерного нагляду відображаються в амбулаторних картах психічно хворих. При виписці зі стаціонару психічно хворих з суїцидальними або соціально небезпечними тенденціями після проведеного лікування обов'язково, не менш як за 10 днів до виписки, спеціальні сигнальні повідомлення надсилаються в психіатричний диспансер або районному психіатру, в прокуратуру і міліцію, відповідно за місцем проживання хворого.

Правові й організаційні засади забезпечення громадян психіатричною допомогою, ґрунтуючись на пріоритеті прав і свобод людини та громадянина, визначає Закон України "Про психіатричну допомогу". Згідно з його ст. 4 психіатрична допомога надається на основі принципів законності, гуманності, дотримання прав людини та громадянина, добровільності, доступності і відповідно до сучасного рівня наукових знань, необхідності достатності заходів лікування з мінімальними соціально-правовими обмеженнями.

Психіатричний огляд, амбулаторна психіатрична допомога та невідкладна госпіталізація до психіатричного стаціонару в примусовому порядку можуть здійснюватись і без усвідомленої згоди особи чи без згоди її законного представника

у випадках, коли одержані відомості дають підстави для обґрунтованого припущення про наявність у цієї особи важкого психічного розладу, внаслідок чого вона:

- вчиняє чи виявляє реальні наміри вчинити дії, що становлять безпосередню небезпеку для неї чи оточуючих, або
- неспроможна самотійно задовольняти свої основні життєві потреби на рівні, який забезпечує її життєдіяльність, або
- завдасть значної шкоди своєму здоров'ю у зв'язку з погіршенням психічного стану в разі ненадання їй психіатричної допомоги.

У практиці судово-психіатричної експертизи підекспертні (обстежені) – це, здебільшого, звинувачувані чи підозрювані в скоєнні злочину. Свідки, потерпілі, позивачі та відповідачі становлять, відповідно, невелику частину від усіх підекспертних, тому тут розглядаються загальні питання про ведення судово-психіатричної експертизи переважно стосовно звинувачуваних і підозрюваних.

Юридичними підставами для призначення судово-психіатричної експертизи у процесуальному порядку, передбаченому законодавством, можуть бути постанови слідчого, прокурора, органів дізнання, ухвала суду або одноосібна постанова судді у справі обвинувачення особи чи в порядку досудової підготовки цивільної справи. Інші юридичні документи (супровідні листи, доручення, списки запитань) підставою для проведення експертизи не можуть бути.

У практиці судово-психіатрична експертиза найчастіше призначається у зв'язку з наявністю сумнівів щодо психічної повноцінності звинувачуваного, підозрюваного, потерпілого, свідка, цивільних позивача та відповідача, а також особи, стосовно якої вирішується питання про дієздатність. Згідно зі ст. 76 КПКУ судово-психіатрична експертиза призначається обов'язково лише для визначення психічного стану підозрюваних або звинувачуваних при наявності у справах даних, які викликають сумніви щодо їх осудності. В ст. 69 цього кодексу передбачено також, що лише експертизою встановлюється нездатність осіб правильно сприймати обставини, які мають значення для справи, і спроможність давати про них показання. При розгляді справ у цивільному процесі про визнання громадянина недієздатним, при наявності достатніх даних про психічну хворобу чи недоумство судово-психіатрична експертиза є обов'язковою, незалежно від заявлених клопотань (ст. 258 ЦПКУ).

Клопотання про призначення судово-психіатричної експертизи перед відповідними інстанціями та посадовими особами можуть подавати підозрювані, звинувачувані, потерпілі, їх родичі та законні представники, адвокат (з моменту його участі у процесі), прокурор, цивільні – позивач, відповідач і їх представники.

Для направлення на судово-психіатричне обстеження формальними або фактичними підставами можуть бути відомості про те, що особи, стосовно яких ведеться слідство або розглядається справа в суді, в минулому вже мали психічні порушення, перебували на обліку в психіатра у диспансері (кабінеті), раніше проходили судово-психіатричне обстеження, трудову чи військову експертизу, в

результаті чого були виявлені психічні відхилення від норми, перебували на лікуванні у психіатричній лікарні. Варто проводити експертизу і щодо тих, хто переніс енцефаліти, менінгоенцефаліти, травми голови, особливо, коли після цього були відставання у навчанні, зниження працездатності, зміни в психіці, судомні випадки тощо. Необхідно звертати увагу на безглузду поведінку затриманих у слідчому ізоляторі, в суді. Підставою для призначення судово-психіатричної експертизи можуть бути й аргументовані клопотання родичів або піклувальників про “неправильну” чи “дивну” поведінку звинувачуваного. Такі відомості можуть бути у показаннях свідків, що потребує від слідчого додаткових уточнень і запитань. Неадекватна, тобто невідповідна обстановці поведінка, спроби самогубства, деякі ознаки психічних розладів, наприклад, судомні епілептичні напади, можуть спостерігатися також особисто слідчим або в суді на всіх етапах кримінального чи цивільного процесу. Клопотання про експертизу може надходити і від самого звинувачуваного чи підозрюваного. До цього потрібно ставитися з відповідною увагою, без зайвої недовіри, хоча часто це й буває зловмисними прийомами психічно здорових злочинців, щоб уникнути відповідальності.

Суттєвими обставинами, які зумовлюють сумніви у психічному здоров’ї звинувачуваного, можуть бути характер скоєного злочину та його мотиви (надмірна жорстокість дій, відсутність психологічно зрозумілих мотивацій дій, їх безглуздість і недоречність). Одночасно треба зауважити, що самі собою ці обставини ще не можуть бути доказом психічної хвороби і потребують розгляду в сукупності з іншими даними про особу та її поведінку.

Тактовна і своєчасна постановка питань про особу, її інтереси, проблеми й оточення можуть дати необхідні дані про її психічний стан, а своєчасне направлення на судово-психіатричну експертизу осіб із психічними розладами свідчить про належну підготовку юристів, слугує справедливості правосуддя, відіграє суттєву роль у профілактиці суспільно небезпечних дій психічно хворих, дозволяє охороняти законні права та інтереси цих осіб.

При розгляді **завдань працівників слідства і суду** при призначенні судово-психіатричної експертизи необхідно звернути увагу на ретельність підготовки матеріалів відповідно до мотивів і підстав, з яких це призначення проводиться. Деякі дії має право проводити лише орган, який призначив експертизу. Від повноти і якості зібраних матеріалів залежить правильність і надійність експертних висновків. Потрібно також переконливо довести, що саме ця особа вчинила протиправні діяння.

Так, наприклад, коли в слідчого виникають сумніви у психічному здоров’ї обвинувачуваного, треба допитати свідків про поведінку досліджуваного. Якщо у свідків склалося враження “ненормальної”, “дивної” тощо поведінки, то треба з’ясувати й уточнити, чому саме. Важливо з’ясувати об’єктивні дані про характер поведінки та вчинків досліджуваного до, під час і відразу ж після вчинення ним протиправних дій, що допоможе при проведенні судово-психіатричної експертизи встановити можливість тимчасових психічних розладів. Завжди потрібно допитати

осіб, які знали досліджуваного, мали змогу спостерігати його у побуті і на роботі. Такі допити необхідні навіть тоді, коли встановлюється факт перебування звинувачуваного на обліку і під наглядом психіатричного чи наркологічного диспансеру (кабінету).

У разі з'ясування, що досліджуваний проходив лікування в амбулаторних чи стаціонарних психіатричних або наркологічних закладах, слідчий і суд зобов'язані вимагати від цих установ оригінали таких медичних документів: амбулаторні карти, історії хвороби, детальні виписки з них, матеріали лабораторних та інших спеціальних досліджень. Копії, короткі довідки про факт перебування на обліку чи лікуванні в стаціонарі з термінами перебування і діагнозом хвороби для надання судово-психіатричним експертам не приймаються. В разі неповноти вищевказаних відомостей або їх відсутності судово-психіатричні експерти, спираючись на ст. 82 КПКУ, можуть подавати клопотання про потребу в необхідності їх представлення, вказавши, які саме матеріали їм потрібні.

У контексті підготовчої діяльності для вивчення психічного стану особи велику цінність можуть мати ретельно зібрані різні записи, нотатки, листи, щоденники, які стосуються душевного стану і переживань досліджуваного.

Після завершення підготовчого етапу слідчий або суд зобов'язані прийняти рішення про те, в котрий судово-психіатричний заклад чи якому спеціалісту в галузі психіатрії направити матеріали та постанову (ухвалу) суду для проведення судово-психіатричного експертного дослідження.

Постанова про проведення судово-психіатричної експертизи повинна бути вмотивованою, у ній вказують підстави, на основі яких остання призначається.

Постанова має таку **форму**: у **вступній** частині записують повне найменування і номер кримінальної справи, прізвище, ім'я та по батькові особи, направленої на судово-психіатричну експертизу, норми кримінального закону, які передбачають скоєне правопорушення.

В описовій частині коротко викладаються суть протиправних дій особи, котра направлена на експертизу, а також ті підстави, що викликають сумніви в її психічному здоров'ї. Далі вказується установа, експертам якої доручається експертиза.

Після цього формулюються **запитання** в зв'язку із завданням експертного обстеження. Можна, наприклад, поставити кілька характерних запитань для з'ясування психічного стану підекспертних:

- 1) Чи не страждав звинувачуваний психічним захворюванням на час скоєння ним правопорушення і чи не страждає в цей час? Якщо так, то яким саме?
- 2) Якщо звинувачуваний страждав психічним захворюванням у момент скоєння правопорушення, то чи виключало це захворювання його здатність розуміти свої дії або керувати ними, тобто чи вважати його осудним або неосудним?
- 3) Чи не страждає звинувачуваний захворюванням, яке виникло після скоєння ним злочину, а якщо страждає, то чи не позбавляє це захворювання його здатності

розуміти свої дії або керувати ними?

4) Коли звинувачуваний страждає психічним захворюванням, то чи потребує він застосування до нього примусових заходів медичного характеру, передбачених законодавством, і яких саме?

У багатьох випадках виникають в експертів й інші запитання. Вони можуть стосуватися, зокрема, обґрунтованості висновків попередніх судово-психіатричних експертиз, а також встановлених раніше діагнозів. Залежно від обставин і терміну злочинної діяльності можуть бути запитання про час початку психічної хвороби, наявність т. зв. “світлих проміжків” в перебігу захворювання, а у випадку, коли захворювання виникло після скоєння злочину, – про можливість видужання хворого.

У практиці, згідно з вимогами законодавства та відповідно до діючої інструкції, проводяться такі **організаційні форми судово-психіатричної експертизи**:

- 1) експертиза в кабінеті слідчого;
- 2) експертиза в судовому засіданні;
- 3) амбулаторна;
- 4) стаціонарна;
- 5) заочна (посмертна).

Експертиза в кабінеті слідчого проводиться нечасто і має, як правило, оглядово-консультативний характер. На відміну від позапроцесуального консультування слідчого судовими психіатрами, для якого не потрібна постанова, в результаті такого експертного обстеження робиться висновок про психічний стан особи на цей час, щодо можливості проведення з нею слідчих дій, а також про необхідність призначення того чи іншого виду судово-психіатричної експертизи. Так, наприклад, експерт-психіатр може уточнити, які ще документи потрібно зібрати слідчому для проведення амбулаторної чи стаціонарної експертизи. Може взагалі бути скасовано потребу в проведенні судово-психіатричної експертизи в разі встановлення відсутності психічного захворювання.

Судово-психіатрична експертиза в судовому засіданні може бути призначена звинувачуваному, що не оглядався психіатром раніше, а його психічне здоров'я викликало у суду сумніви. В цих умовах судово-психіатричний експерт не завжди може зробити остаточний висновок; найвірогідніше це можливо, коли підекспертний не хворий психічно. Найбільшу групу підекспертних, з приводу яких психіатрів-експертів викликають на судові засідання, становлять звинувачувані, щодо яких вже проводивсь якийсь вид судово-психіатричної експертизи і було винесено остаточний висновок. **Виклик експерта в суд** може бути зумовлений сумнівами у правильності експертного висновку чи необхідністю отримати роз'яснення щодо матеріалів, які не були відомі експертам на час проведення ними експертного дослідження. В багатьох випадках воно спричинене тим, що відбулися зміни в психічному стані та поведінці звинувачуваного, раніше визнаного судово-психіатричними експертами осудним. При ньому найчастіше мова йде про реактивні стани чи симулятивну поведінку звинувачуваного. Виклик судово-психіатричного експерта може бути пов'язаний і

потребою вирішення судом питання про застосування примусових заходів медичного характеру. Коли СПЕК прийшла до єдиної думки щодо свого висновку, то до суду викликається лише один експерт – її член. У судовому засіданні він має право ставити запитання свідкам, потерпілим, звинувачуваним і проводити обстеження підекспертних. Для цього оголошується спеціальна перерва в засіданні й обстеження проводиться в присутності складу суду, захисника, законних представників та учасників процесу. Фактично такі обстеження практикуються дуже рідко, лише в необхідних випадках.

Амбулаторна судово-психіатрична експертиза – це одноразове, рідше повторне обстеження особи комісією лікарів-психіатрів в умовах відповідно створеної в системі охорони здоров'я на постійній основі спеціальної СПЕК, яке проводиться в амбулаторних умовах при психіатричних диспансерах, психіатричних відділеннях або у відповідних приміщеннях слідчих ізоляторів. Амбулаторну експертизу проводять для визначення дієздатності особи при розгляді цивільних справ, а також більшості свідків і потерпілих. При розгляді кримінальних справ експертні висновки можуть бути сформульовані, здебільшого, у зрозумілих випадках, коли досліджувані раніше знаходилися під наглядом психіатричних лікувальних установ або в результаті обстеження осіб, котрі вчинили протиправні дії в стані звичайного алкогольного сп'яніння, під час короткочасних розладів психічної діяльності, коли матеріали кримінальної справи містять достатньо даних про стан особи в момент скоєння правопорушення.

Порядок проведення амбулаторної судово-психіатричної експертизи. Лікар-доповідач попередньо проводить огляд і детальну співбесіду з підекспертним, знайомиться з матеріалами справи, складає історію хвороби. Для ефективної роботи попередньо збираються всі документи, що потрібні лікарям-експертам, встановлюються суттєві обставини справи і дані, які характеризують особу досліджуваного. Всі відомості потрібно завчасно подати для попереднього ознайомлення з ними експертів. Лікар-доповідач представляє підекспертного СПЕК, повідомляє їй історію його хвороби. На основі особистого та колегіального обстеження, даних історії хвороби, всіх матеріалів справи комісія виносить висновок з питань, які перед нею були поставлені.

Основною перевагою амбулаторної експертизи є її короткочасність, а **головним недоліком** – неможливість у всіх випадках вирішити питання про характер і тяжкість психічних розладів та їх прогноз, для чого потрібна стаціонарна експертиза. Однак останні обставини не мають призводити до недооцінки значення амбулаторної експертизи. В тих випадках, коли стоїть питання про тимчасовий розлад психічної діяльності під час скоєння правопорушення, а до моменту проведення амбулаторної експертизи психічні порушення не спостерігалися, висновки в деяких випадках можуть бути зроблені амбулаторною експертизою, звичайно, якщо зібрані достатньо певні матеріали, які характеризують поведінку та висловлювання обвинуваченого у той час. Так само без особливих труднощів

проводиться амбулаторне обстеження явно психічно хворих, котрі лікувалися раніше у психіатрів, та осіб, які не є психічно хворими.

Стаціонарна судово-психіатрична експертиза – це найдосконаліша форма судово-психіатричної експертизи, яка включає в себе відносно тривале психіатричне спостереження в умовах спеціальних судово-психіатричних відділень закладів МОЗ України, палатах звичайних психіатричних лікарень. Для направлення на таку експертизу підозрюваного чи звинувачуваного, що не перебуває під вартою, необхідна санкція прокурора. Цивільні позивачі та відповідачі, потерпілі та свідки для проведення стаціонарної судово-психіатричної експертизи направляються до загальних відділень психіатричних лікарень.

У стаціонарах проводяться ті ж обстеження і такий же нагляд, що й для інших осіб, котрі лікуються і проходять інші види експертизи (військової, трудової). При неможливості дати остаточний висновок в установленій 30-денний термін, експертна комісія подає обґрунтоване письмове клопотання про продовження строків експертизи до органу, який її призначив. Під час проведення стаціонарної експертизи припиняються будь-які слідчі дії з підекспертним, щоб це не вплинуло на стан його психіки та хід дослідження. **До ухвали суду підекспертний не вважається психічно хворим у правовому сенсі.** З етично-правових мотивів досліджуваний повністю інформується про проведення експертизи та лікування. В разі категоричної відмови від цього робляться відповідні записи у висновку експертної комісії.

Стаціонарна судово-психіатрична експертиза повинна проводитись у тих випадках, коли важко розпізнати психічну хворобу, визначити її тяжкість стосовно юридичного критерію осудності, встановити прогностичні показники з точки зору закону, а також при підозрі особи в симуляції чи дисимуляції. Стаціонарною, як правило, буває і повторна судово-психіатрична експертиза.

При стаціонарній експертизі, крім клінічних використовуються також дані лабораторних і додаткових методів досліджень. Проводяться спеціальні лабораторні дослідження крові, біологічних рідин і виділень, пункційне дослідження спинномозкової рідини (при потребі), електроенцефалографічні, рентгенокраніографічні, томографічні, ехографічні й інші доступні в стаціонарних умовах інструментальні дослідження, які можна проводити в динаміці та комплексі з психіатричним спостереженням. Передбачено можливість комплексних експертних комісій, якщо для вирішення питання про психічний стан піддослідного необхідна компетенція лікарів інших спеціальностей. Так, до проведення експертизи можуть залучатись судові медики для визначення ступеня завданої шкоди стану здоров'я потерпілих, котрі перебували під час нападу на них чи скоєння над ними насилля в стані сп'яніння. В таких випадках може виникати питання про ступінь тяжкості сп'яніння особи, що перебувала в безпорадному стані. При утрудненнях із соматичними хворобами, коли є залежність психічного стану від основного соматичного страждання, стає необхідним залучення лікарів-спеціалістів тієї галузі

медицини, до якої відноситься соматичне (неврологічне, інфекційне) захворювання. Все частіше використовуються у судово-психіатричній практиці комплексні психолого-психіатричні, психолого-педагогічні експертизи з метою, наприклад, встановлення т.зв. розумового віку неповнолітніх, характеру психічної незрілості.

Така комплексна, разом із психологами, експертиза може бути корисна для уточнення діагнозу у випадках із нечіткими психічними аномаліями, які не виключають осудності, при афективних реакціях, аномаліях поведінки в момент правопорушення в особливо складних, екстремальних ситуаціях, у стані тяжкої втоми. Психіатричне спостереження за клінічними змінами в умовах стаціонарної судово-психіатричної експертизи, що проводиться в динаміці, на фоні лікування, дозволяє ретельніше проводити діагностику, подати надійні висновки експертного дослідження, зробити об'єктивну медико-правову оцінку дій підекспертних.

Заочна (посмертна) судово-психіатрична експертиза проводиться лише за матеріалами справи, медичними й іншими документами без особистої участі та обстеження підекспертного. Такий вид експертного дослідження проводиться, коли очне обстеження особи неможливе через, наприклад, перебування за кордоном або коли посмертно необхідно встановити стан психічного здоров'я особи в той чи інший період її життя. Посмертна експертиза необхідна при розгляді справ про самогубства, а в цивільному процесі – коли виникають сумніви в психічному здоров'ї особи, котра померла, при факті складання дарчого акта, заповіту чи іншої юридичної дії. Судово-психіатричне експертне дослідження базується на показаннях свідків, що характеризує особу; часом варто проводити допит рідних, близьких і знайомих за участю судового психіатра. Аналізуються також медичні документи, листи, щоденники тощо. За недостатністю матеріалів експерти мають підставу для відмови від остаточних висновків.

Судово-психіатричні експерти не мають права самостійно замінювати один вид експертизи іншим, а якщо в постанові не вказано вид експертизи, то експерт може самостійно обрати доцільний вид експертного дослідження.

У практиці судово-психіатричній висновок експертів оформляється у вигляді документа, під назвою “Акт судово-психіатричної експертизи”, а результати – у заключній частині акта – “висновки”. Висновки експерта є доказом у кримінальній і цивільній справах (ст. 65 КПКУ та ст. 57 ЦПКУ).

Важливо розглянути **форму та вимоги до оформлення “Акта судово-психіатричної експертизи”**, принципи оцінки його висновку слідчим і судом. Він складається зі вступної, досліджувальної (описової) та мотивувальної частин і висновку (заключної частини), яка містить обґрунтовані висновки.

У вступній частині вказується: дата складання акту; склад комісії; дані про установу, в приміщенні якої проводиться експертиза; вид експертизи; анкетні дані підекспертного; його процесуальне становище (наприклад, суть обвинувачення); орган, яким призначено експертизу; коротка характеристика обставин справи; питання, що необхідно вирішити; дані про попередні судово-психіатричні експертні

дослідження та їхні висновки, якщо вони були.

У досліджувальній (описовій) частині наводяться відомості про минуле (анамнез життя і хвороби), наявність патологічної спадковості, психічний і фізичний розвиток, хід навчання з дитячого віку, особливості характеру, дані про інвалідність, якщо вона була встановлена раніше компетентними органами, описуються необхідні особливості поведінки і трудового життя.

Послідовно висвітлюється розвиток психічного захворювання, вказується час перебування на лікуванні в психіатричних закладах, наводяться встановлені там діагнози. Обов'язково вказується, звідки взяті ці відомості (зі слів підекспертного, його родичів або матеріалів справи).

Після анамнестичної частини подаються короткі дані про фізичний, соматичний та неврологічний статус особи, результати лабораторних та інших досліджень. Особлива увага приділяється описові психічного статусу підекспертного, яке має бути детальним, з відображенням усіх змін, які відбулися з ним за час експертного спостереження в стаціонарі. Дуже переконливо потрібно описувати факти симуляції або агравації, якщо такі спостерігалися. Опис психічного статусу та його динамічних змін має бути поданий у зрозумілій для суду формі.

У мотивувальній частині акта подається аналіз клінічних фактів, досліджень та інших з'ясованих відомостей, чим обґрунтовується діагноз хвороби, характер і глибина психічних порушень і, відповідно, висновок про осудність-неосудність або дієздатність-недієздатність підекспертного, основні питання, які ставляться експертам. У випадку, коли експерти вважають особу осудною, в мотивувальній частині акта наводиться обґрунтування того, що виявлені психічні відхилення не виключають осудності підекспертного.

Висновок (заклучна частина) містить обґрунтовані висновки судово-психіатричного експертного дослідження, в ньому подається розгорнутий медичний діагноз і судово-психіатрична оцінка. Наводяться відповіді на основне питання про осудність (у цивільному процесі – про дієздатність) і на всі інші запитання, поставлені експертам. Якщо підекспертний вчинив кілька правопорушень, то робляться висновки про психічний стан особи у кожному епізоді. При наявності психічного захворювання та висновку про неосудність оцінюється ступінь суспільної небезпеки досліджуваного і даються рекомендації про застосування заходів медичного характеру.

Акт експертизи підписується кожним експертом і засвідчується печаткою медичної установи, на базі якої проводилася судово-психіатрична експертиза.

Зміст документа повинен бути зрозумілим усім учасникам процесу, а не лише спеціалістам-психіатрам. Висновок судово-психіатричної експертизи оцінюється органами слідства і суду на його вірогідність та інформативність. Висновок судових психіатрів, як і всіх експертів взагалі, не є обов'язковим для слідства та суду, що призначили експертизу, однак, незгода з експертним висновком повинна бути мотивованою. Оцінка судово-психіатричних висновків є дуже складною і вимагає не

тільки юридичних, а й судово-психіатричних знань, хоч якою би зрозумілою мовою це дослідження було викладене. У разі непогодження із заключними висновками експертів, сумнівів щодо їх правильності й обґрунтованості слідчий, прокурор чи суд, керуючись ст. 75 КПКУ та ст. 150 ЦПКУ, мають право призначити повторну експертизу, проведення якої доручається іншому складові експертної комісії. Якщо експертні висновки визнаються лише неповними або незрозумілими в окремих своїх положеннях, то може бути призначено додаткову експертизу для уточнення та роз'яснення цих положень. У проведенні додаткової експертизи можуть приймати участь ті, хто проводив експертизу, визнану неповною. При недостатній зрозумілості окремих положень експертизи або за наявності сумнівів щодо повноти дослідження повторна експертиза може не призначатись, а недоліки можуть бути усунені шляхом допиту експертів із матеріалів експертизи та її висновків, при цьому допит експерта повинен обмежуватися лише предметом експертного дослідження. При встановленні додаткових обставин справи може бути призначено додаткову експертизу. Оскільки остаточна оцінка висновків судово-психіатричної експертизи є прерогативою органів, які її призначили, при повторній експертизі постановка питання про правильність попередньої перед експертами нового складу є некоректною.

§ 3. Питання осудності при судово-психіатричній експертизі обвинувачених. Обстеження засуджених.

Проблема осудності-неосудності у вітчизняній судовій психіатрії розглядається як найважливіша за значенням. Експертизи, котрі призначаються у зв'язку з сумнівами щодо осудності обвинувачених, становлять до 90% від усіх судово-психіатричних експертиз, а більшість осіб, які знаходяться на стаціонарному примусовому лікуванні, визнано неосудними.

Основною передумовою провини правопорушника є осудність, тобто здатність особи вірно розуміти сутність скоєної дії, усвідомлювати її наслідки для себе, оточуючих, суспільства загалом, а також можливість контролювати свої дії, керувати ними. З цих позицій особа в кожний момент повинна усвідомлювати, що саме вона робить і як суб'єкт права нести відповідальність за кожну свідомо вчинену дію, що тягне за собою юридично значимі наслідки. Це означає розуміння суб'єктом права дозволів і заборон, які є в законі, та пристосовувати до них свою поведінку. Отже, щоби бути суб'єктом права, тобто бути осудною, особа повинна мати фактичну можливість правильно оцінювати обстановку, в якій здійснюються юридичні дії, усвідомлювати їх сутність і бути в змозі розпоряджатися ними.

Саме категорія осудності в кримінальному праві відображає ту міру вимог до психіки людини, яка дозволяє притягти її до кримінальної відповідальності у випадку скоєння нею злочину. В законодавстві закріплено традиційний альтернативний підхід, коли судово-психіатричний експерт на питання про осудність відповідає однозначно. Якщо особою вчинено злочин в стані неосудності, то вона не є суб'єктом злочину, а її дії потрібно кваліфікувати як небезпечні дії

психічно хворої. При психічному захворюванні наявність психічних розладів позбавляє людину можливості правильно розуміти й оцінювати свої вчинки, а також контролювати і направляти свою поведінку.

У ст. 19 ККУ зазначено, що не підлягає кримінальній відповідальності особа, яка під час вчинення суспільно небезпечного діяння була в стані неосудності, тобто не могла усвідомлювати своїх дій або бездіяльності, керувати ними внаслідок хронічної душевної хвороби, тимчасового розладу душевної діяльності, недоумства чи іншого хворобливого стану психіки.

Із цього видно, що у формулі неосудності присутні два критерії: медичний (біологічний) і юридичний (психологічний), які виступають у поєднанні та визначають стан неосудності особи, котра скоїла суспільно небезпечні дії.

Формула неосудності

Медичний (біологічний) критерій становить узагальнюючий перелік хвороб і складається з чотирьох ознак (груп психічних розладів):

- 1) хронічна душевна хвороба;
- 2) тимчасовий розлад душевної діяльності;
- 3) недоумство, слабоумство;
- 4) інший хворобливий стан психіки.

У першій групі об'єднані психічні захворювання, що протікають довготривало, безперервним чи нападаподібним перебігом, мають тенденцію до прогресування, тобто до поступового наростання та ускладнення психічних розладів і їх наслідків. Хронічні психічні розлади часто призводять до глибоких і стійких змін особи хворого. До захворювань, об'єднаних цими ознаками медичного критерію, відносяться: шизофренія, шизофреноподібні та маячні (маревні) розлади, епілепсія, сифіліс мозку, старечі психози й ін.

У другу групу входять тимчасові розлади психічної діяльності, які мають різну тривалість, але закінчуються видужанням. Це поняття медичного критерію поєднує різні групи психічних розладів: розлади поведінки і психіки внаслідок вживання психоактивних речовин (патологічне сп'яніння, алкогольні психози – параноїд, делірій, галюціноз); невротичні, поєднані зі стресовим впливом, патологічний афект та інші виключні стани; синдроми розладів поведінки, пов'язані з ендокринними, фізіологічними й іншими причинами. Перелічені психічні та непсихічні розлади мають різну тривалість (від кількох хвилин чи годин до тижнів, місяців і навіть років), як, наприклад, при затяжних реактивних станах. Отже, часовий фактор у цій групі не головний, хоча він і міститься в основі визначення “тимчасовий”. Тут основним критерієм психічних розладів треба вважати їх певну зворотність, виліковність, принципову можливість одужання.

До третьої групи психічних захворювань, зазначених у законі медичного критерію, входять стійкі розлади пізнавальної діяльності з порушенням інтелекту як вродженого (олігофренія), так і набутого (стареча деменція) характеру. Сюди ж відносять недоумкуватість (розумова відсталість) і захворювання, що призводять до

слабоумства. Для всіх цих захворювань характерним є збіднення психіки зі зниженням розумових здібностей, пам'яті та критики.

Четверта група об'єднує стани психіки та її аномалії – розлади особистості, порушення психічного розвитку, психопатії, легкі форми розумової відсталості, психічний інфантилізм, інші хворобливі стани.

Практично дуже складно віднести психічний стан особи, яка вчинила правопорушення, до тієї чи іншої групи медичного критерію. Це стосується передовсім незвичних форм поведінки в екстремальних ситуаціях. Ті обставини, що медичний критерій неосудності має бути обумовлений виключно психічним розладом, означають: 1) психічний розлад зумовлюється причинами, що не залежать від волі та бажання хворого; 2) нехворобливі порушення психіки, які можуть вплинути на здатність усвідомлення своїх дій і керування ними (сильне емоційне потрясіння, афект, сп'яніння та ін.), не відносяться до обставин, що обумовлюють неосудність; 3) для встановлення осудності необхідна судово-психіатрична експертиза. Медичний критерій вказує лише на необхідність визначення і кваліфікації захворювання, що є недостатнім для вирішення питання про неосудність. Психічний розлад обумовлює неосудність лише з досягненням певної глибини (ступеня тяжкості, як наприклад, при олігофреніях), а це визначається юридичним (психологічним) критерієм, і тому повинен зіставлятися з ним.

Юридичний (психологічний) критерій. Згідно з формулюванням у законі – це “неможливість усвідомлювати свої дії або керувати ними”, тобто узагальнена характеристика клінічних даних про розлади психіки з точки зору їх тяжкості. Таким чином, цей критерій складається з двох ознак: інтелектуальної (неможливість усвідомлювати) та вольової (неможливість керувати своїми діями). Наявність двох ознак юридичного критерію дозволяє аналізувати різні сторони психічної діяльності досліджуваних – мислення, емоційно-вольову та інтелектуальну функції.

Інтелектуальна складова потребує аналізу критичних здібностей підекспертного, можливості адекватно сприймати дійсність, осмислювати і розуміти її, вміння передбачати можливі наслідки своїх вчинків. Наявність інтелектуальної ознаки свідчить про нездатність особи діяти на підставі вірного світосприйняття і розуміння (“здорового глузду”).

Вольова ознака акцентує увагу на нездатність особи бути владною над собою, тобто адекватно, відповідно до правильного розуміння, організувати і регулювати свою поведінку при здійсненні конкретних вчинків або при відмові від їх здійснення.

Слово “або”, яким розділено інтелектуальну та вольову ознаки формули, означає, що особа може бути визнана неосудною при наявності деяких психічних розладів, які залишають інтелектуальні функції відносно збереженими, але вражають вольову сферу. Це, по суті, втрата здатності втримуватися від вчинку, порушення “здатності керувати своїми діями” (як у визначенні). В практиці таке зустрічається, наприклад, у випадках деяких психопатичних розладів, при “непоборності” потягів при окремих статевих збоченнях, при інфантилізмі, неглибоких формах олігофренії.

В цих випадках вольова ознака стає визначальною, а інтелектуальна – підпорядкованою складовою.

Отже, при різних захворюваннях можуть бути різні поєднання окремих складових юридичного критерію, їх взаємодія та взаємовплив. Інтелектуальний і вольовий компоненти становлять єдиний ланцюг в обґрунтуванні осудності чи неосудності особи, котре скоїла протиправні порушення.

У процесі експертного дослідження та формування експертного висновку основним заключним етапом є встановлення єдності обох критеріїв формули неосудності (медичного та юридичного) в результаті їх зіставлення, що є основною, обов'язковою умовою неосудності. Неосудною людину може бути визнано лише на певний час і стосовно конкретної суспільно небезпечної дії (чи бездіяльності), тому що “осудності” чи “неосудності”, як постійно властивої конкретній особі характеристики, взагалі не може бути, а також тому, що тоді втрачається науково-обґрунтований сенс цих визначень.

У ст. 20 ККУ введено поняття “обмежена осудність”. Вказується, що “підлягає кримінальній відповідальності особа, визнана судом обмежено осудною, тобто така, яка під час вчинення злочину, через наявний у неї психічний розлад, не була здатна повною мірою усвідомлювати свої дії (бездіяльність) та (або) керувати ними”. Введення у визначення обмеженої осудності тлумачення, що така особа “не була здатна” саме “повною мірою” усвідомлювати свої дії та (або) керувати ними, вказує на більш демократичний, в дусі сучасної правової реформи підхід до захисту законних прав, свобод та інтересів широкого кола осіб, котрі страждають на психічні розлади. В сенсі медичного та юридичного критеріїв тут враховано численні за останній час клінічно невиразні, порівняно неглибокі психічні розлади (подібні з описаними у четвертій групі наведеної вище формули неосудності), а також ті, які мають форму лише психічних аномалій. Такі розлади психіки не сягають глибини, що зумовлює неосудність, але вже впливають на поведінку суб'єкту злочину і потребують враховувати їх при призначенні покарання. Психічний розлад, що не виключає кримінальної відповідальності, враховується судом при призначенні покарання і згідно з п. 2 ст. 20 ККУ, “може бути підставою для застосування примусових заходів медичного характеру”, не тягне за собою відбування покарання в місцях позбавлення волі.

Вирішення питання судово-психіатричної оцінки психічних розладів, які виникли в особи після вчинення нею правопорушення, але до винесення судом вироку, передбачається п. 3 ст. 19 ККУ, де вказується, що не підлягає покаранню особа, котра вчинила злочин у стані осудності, але до винесення судом вироку захворіла на душевну хворобу, що позбавило її можливості усвідомлювати свої дії, бездіяльність або керувати ними. До такої особи за призначенням суду можуть застосовуватися примусові заходи медичного характеру, а після одужання вона може підлягати покаранню.

З наведеного вище можна бачити, що ця категорія осіб визнається такими, які

вчинили злочин, є осудними щодо скоєного ними діяння (на відміну від неосудних осіб, чий діяння не визнаються злочинами і не підлягають кримінальній відповідальності), але не підлягають покаранню до свого одужання. Відповідальність за злочин у вигляді покарання в цьому випадку не може настати з таких причин: досудове або судове розслідування без участі обвинуваченого (підсудного), який захворів, не може проводитись, а справа не може бути завершеною винесенням вироку, а також тому, що стосовно особи з глибоким психічним розладом покарання неможливо ні призначити, ні виконати.

Через психічну хворобу, яка виникла, обвинувачений не в змозі правильно оцінювати обставини, що мають значення для справи, і не може використовувати передбачені законам процесуальні права. Він не здатний правильно сприймати сутність пред'явленого обвинувачення, значення доказів, не може захищати свої права, подати скаргу, апелювати до суду, тобто психічний розлад своєю наявністю робить його процесуально недієздатним. Глибина ураження психічних функцій, що зумовлює неосудність чи процесуальну недієздатність, практично є однією й тією ж: особа при наявності такого психічного розладу позбавлена можливості усвідомлювати свої дії або керувати ними, а юридичний критерій у цьому визначенні – єдиний. Медичний критерій теж єдиний – душевна хвороба, але характер цієї хвороби, з точки зору тривалості і можливості одужання, має принципово важливе значення для остаточного вирішення питання.

Отже, коли судово-психіатричний експерт повинен оцінювати психічне захворювання, яке було констатоване як таке, що виникло після скоєння злочину, він має його правильно кваліфікувати, визначити його клінічну виразність і глибину ураження, а також вірогідні тривалість і фінал (можливість видужання). Важливість клінічного аналізу і точність діагнозу визначаються необхідністю конкретних рекомендацій стосовно заходів медичного характеру та подальшої професійної діяльності хворого.

При тимчасових розладах психічної діяльності хворі після одужання повертаються на слідство і суд. При хронічних психічних захворюваннях, після лікування, хворий втрачає можливість приймати участь судово-слідчому процесі і лишається у віданні органів охорони здоров'я.

Відповідно до п. 2 ст. 206 КПКУ, якщо особа після вчинення злочину захворіла на тимчасову душевну хворобу і це перешкоджає закінченню провадження у справі, то провадження у справі лише зупиняється до покращання психічного стану суб'єкта, доки він знову зможе брати участь у проведенні процесуальних дій. Коли ж хвороба є хронічною, то особа, котра захворіла, підлягає звільненню від покарання. В цьому випадку значного покращання стану психічного здоров'я суб'єкта не очікується, а тому питання про необхідність покарання такої особи не виникає. Тоді експертиза також вирішує питання про потребу хворого у застосуванні до неї примусових і непримусових заходів медичного характеру.

Таким чином, при направленні на судово-психіатричну експертизу осіб із

психічними розладами вищезазначеної категорії необхідно з'ясувати такі питання: 1) чи наявна в особи душевна хвороба, яка виникла після вчинення нею злочину і яка саме; 2) визначити глибину психічного розладу (юридичний критерій); 3) визначити характер перебігу хвороби (хронічна чи тимчасова); 4) уточнити час виникнення психічного розладу. Зміст останнього пункту має особливе процесуальне значення, тому що з'ясування, в яких саме процесуальних діях обвинувачений брав участь, перебуваючи у хворобливому стані, допомагає визначити, які саме дії не мають кримінально-процесуального значення.

Проведення повторної судово-психіатричної експертизи після припинення примусового лікування регламентується застосуванням ч. 2 ст. 19 ККУ, де вказується, що така експертиза проводиться для з'ясування здатності особи до оцінки матеріалів справи, самостійного права на захист, можливості усвідомлювати свої дії бездіяльність або керувати ними.

При наявності в обвинуваченого психічних недоліків, які не впливають на його осудність, це не перешкоджає розслідуванню справи і винесенню вироку. Згідно зі ст. 46 КПКУ, такі обвинувачені розглядаються в одному ряді з іншими, що не в змозі внаслідок захворювань чи дефектів самостійно здійснювати свої процесуальні права. Маються на увазі німі, сліпі, глухі й інші особи з фізичними та психічними вадами. Обов'язкова участь захисника процесуально компенсує наявність психічного розладу, коли судово-психіатричною експертизою вже з'ясовано наявність психічних недоліків, які перешкоджають самостійному здійсненню права на захист.

У практиці трапляються випадки, коли душевна хвороба може виникнути й у засуджених після призначення та під час відбування ними покарання. У психіатрії та праві загально визнаним є той факт, що психічно хворі люди не в змозі усвідомлювати карально-виховне значення покарання, тому їхнє перебування в місцях позбавлення волі не є доцільним як для них самих, так і для оточуючих. Вказані обставини слугують підставою для проведення психіатричного обстеження засудженого, стосовно якого виникають сумніви у його психічному здоров'ї. Так, наприклад, згідно зі ст. 84 ККУ, ст. 408 КПКУ, передбачено можливість звільнення від подальшого відбування покарання засуджених, які захворіли на тяжку психічну хворобу. До таких хвороб, що виключають можливість відбувати покарання, відносять глибокі, стійкі психічні розлади з тривалим перебігом і несприятливим прогнозом, позбавляють особу здатності правильно розуміти і виконувати вимоги діючих норм виправно-трудового законодавства. Такі засуджені підлягають звільненню судом від подальшого відбування покарання на підставі відповідного лікарського висновку і наплавляються на примусове лікування чи під опіку органів охорони здоров'я. При повторних (зворотних) процесах захворювання такі особи направляються на лікування до психіатричних лікарень у місцях позбавлення волі, а після одужання продовжують відбувати покарання.

Рішення про звільнення від подальшого відбування покарання в місцях позбавлення волі виноситься судом на підставі подання адміністрації виправно-

трудового закладу та висновків лікарської комісії про наявність психічного захворювання у засудженого. Згідно з Положенням про проведення судово-психіатричної експертизи стосовно таких засуджених лікарська комісія складає медичний висновок, а не акт судово-психіатричної експертизи. В цьому висновку обов'язково повинно бути викладено думку психіатрів про можливість подальшого перебування засудженого в місцях позбавлення волі та відбування ним покарання.

Сумніви в психічному здоров'ї засудженого виникають найчастіше у випадках тривалого і впертого порушення ним режиму утримання, немотивованої відмови від роботи, незвичайної конфліктності, повторних необґрунтованих скарг і протестів, а також інших незвичайних вчинків: відмова від спілкування з оточуючими, відлюдкуватість, схильність до приховування, відмова від їжі тощо. У засуджених можливе виникнення будь-яких психічних захворювань шизофренічних, маніакально-депресивних чи епілептичних розладів. У деяких випадках можуть загострюватись хронічні психічні захворювання, що почалися ще до скоєння правопорушення і не були розпізнані експертизою під час досудового слідства та розгляду справи в суді в наслідок особливостей перебігу захворювання, якщо експертиза взагалі проводилася. Коли лікарська комісія встановить, що душевна хвороба виникла до правопорушення, за яке було засуджено досліджуваного, то вона має право поставити питання про бажаність перегляду висновку про осудність цієї особи.

У практиці лікарська комісія частіше знаходить захворювання, яке виникло вже після засудження. В цих випадках за результатами обстеження нею робиться висновок про стан хворого та можливість подальшого відбування ним покарання. Комісія керується інструктивними матеріалами і переліком хвороб, які перешкоджають відбуванню покарання в місцях позбавлення волі. До таких хвороб відносяться шизофренія, епілептичне слабоумство, неоперабельні пухлини головного та спинного мозку тощо.

Стосовно засуджених, визнаних такими, що страждають на хронічну душевну хворобу, і звільнених від подальшого відбування покарання в порядку, передбаченому статтями 19, 84 ККУ, ст. 408 КПКУ, можуть бути застосовані заходи медичного характеру у вигляді примусового лікування в психіатричній лікарні зі звичайним або посиленням наглядом. Вибір виду примусового лікування залежить передовсім від психічного стану хворого, тяжкості суспільно небезпечного діяння та потенційної соціальної небезпечності особи.

У деяких випадках, при відсутності маячних розладів та агресивних тенденцій, стає можливим застосування непримусового заходу медичного характеру: звільнення хронічно хворого засудженого від покарання за злочин, який за своєю суттю не становить великої суспільної небезпеки, і передача його на піклування органів охорони здоров'я без призначення примусового лікування. Тоді засуджений, звільнений від відбування покарання, передається під нагляд психіатричного диспансеру і на піклування родичів, опікунів та інших законних представників

психічно хворого.

Іноді психічне порушення засудженого оцінюється комісією лікарів як тимчасовий розлад душевної діяльності. Найчастіше при цьому виявляються реактивні стани, динамічні зрушення при психопатіях (декомпенсації) або клінічні прояви алкогольної чи наркотичної залежності (абстинентні стани). Можливість одужання та значного покращання психічного стану осіб із такими душевними розладами перешкоджають їх звільненню в порядку, передбаченому ст. 408 КПКУ. Тому лікування цих засуджених, у порядку застосування до них ст. 411 України, ст. 421 КПКУ, ч. 2 ст. 96 ККУ і статтях 21, 117 Кримінально-виконавчого кодексу України (КВКУ), проводиться в психіатричних відділеннях і стаціонарах при лікарнях місць позбавлення волі. Після проведення необхідних терапевтичних заходів і видужання ці особи повертаються до місця позбавлення волі для подальшого відбування покарання.

Серед засуджених можуть знаходитися особи, яких було визнано осудними, але такими, що мають ті чи інші психічні відхилення. Це психопатичні особи, такі, що перенесли черепно-мозкові травми й інші органічні ураження головного мозку. Одним із найважливіших засобів стосовно таких засуджених є медичне і психіатричне спостереження за ними з метою профілактики погіршення їх психічного стану.

§ 4. Судово-психіатрична експертиза свідків і потерпілих.

Показання свідків і потерпілих під час досудового слідства і в суді є, згідно діючого процесуального законодавства, одним із найважливіших доказів серед інших фактичних даних, необхідних для об'єктивного вирішення справи. Звідси випливає, що оцінка повноти і правдивості свідчень очевидців – дуже відповідальне завдання. Практика свідчить про те, що навіть здоровий і сумлінний свідок може помилятися через вплив на правильність і точність сприйняття ряду причин. Так, наприклад, на це може впливати емоційний стан свідка чи потерпілого, особливе значення надається окремим психологічним функціям вищої нервової діяльності кожної окремо взятої людини: стану уваги, пам'яті, здатності до сприйняття та відтворення, до точного відображення дійсності в конкретній, юридично значимій ситуації. Серед зовнішніх факторів, які можуть спричинити похибки свідчень – особливості самої ситуації, вплив громадської думки чи родичів, навіювання. З огляду на це, часто буває доцільним застосувати комплексну, психолого-психіатричну експертизу, із залученням обстеження судових чи медичних психологів. Завдання досудового слідства і суду полягає в дослідженні змісту викладених свідками і потерпілими повідомлень та у співставленні їх іншими даними, щоб правильно оцінити їхню правдивість чи хибність. Предметом дослідження при цьому є лише показання, а не особи, які їх дають. Однак свідками і потерпілими можуть бути психічно хворі чи особи, стосовно яких виникають сумніви щодо їхньої психічної повноцінності. Зокрема, це стосується неповнолітніх

свідків і потерпілих.

При призначенні судово-психіатричної експертизи свідків і потерпілих судово-слідчим органам у таких випадках потрібно з'ясувати психічний стан цих осіб, їхню здатність вірно сприймати обставини, що мають значення для справи, можливість цих осіб давати правдиві показання. При цьому об'єктом оцінки для психіатра-експерта, а також експерта психолога є психічний стан досліджуваного, а не особливості і зміст, а тим більше – недостовірність його показань, бо це відноситься до компетенції суду. На поставлені запитання експерт повинен відповідати альтернативно: або стверджується, що внаслідок наявності психічного захворювання ця особа не може давати правильні покази, або – що, не дивлячись на наявність психічних відхилень, бути свідком у справі вона в стані.

Експерту неприпустимо давати висновок про те, що показання психічно хворого свідка можуть прийматися до уваги, коли вони підтверджуються іншими матеріалами справи і не суперечать їм. Такий висновок є, по суті, аналізом показань, а не психічного стану підекспертного, що не дозволяється. Він автоматично робить можливим участь психічно хворого свідка в судовому процесі, що є небажаним і недоцільним, оскільки може спричинити погіршення психічного стану хворого, а коли показання такого свідка й підтверджуються іншими даними у справі, то вони вже не є необхідною ланкою в ланцюгу доказів. Головне в такому випадку полягає у тому, що в цих показаннях іноді містяться викривлені відомості внаслідок порушень пам'яті, інтелекту і підвищеної навіюваності особи. Показання психічно хворих свідків можуть бути також проявами обмовляння або самообмовляння внаслідок психічних порушень. З цієї ж причини в таких свідченнях можуть відобразитися патологічні переживання хворого, маячна інтерпретація подій, що дійсно могли бути.

Правильна правова оцінка тяжкості і характеру злочину неможлива без аналізу поведінки потерпілих, їх психічного стану в кримінальній ситуації (т. зв. віктимність жертви, стан безпорадності), без врахування наслідків злочину на психічний стан потерпілих, вивчення зв'язку між розвитком психічних розладів у жертви і злочином. Відповідно до статей 121, 122 ККУ душевна хвороба визнається тяжким або середньої тяжкості наслідком злочину. Самі ж психічні розлади можуть бути нетривалими або пов'язаними не з тяжкістю завданої травми, а з особливостями психіки потерпілого, що й має бути предметом ретельного дослідження судово-психіатричних експертів, а також експертів-психологів. Важливість вивчення жертв, злочину тісно пов'язана з питаннями дотримання прав людини і вперше була сформульована на Бухарестському міжнародному конгресі психіатрів у 1947 р.

Відоме таке юридичне поняття, як “безпорадний стан потерпілого”. Судово-психіатрична експертиза може бути призначена для з'ясування питання про наявність у потерпілого безпорадного стану, під яким розуміють неможливість цієї особи в певному фізичному чи психічному стані усвідомлювати характер дій, що вчиняються з нею, керувати своїми вчинками або чинити опір. До безпорадного

стану відносяться сон, втрата свідомості, гіпнотичний стан, слабоумство і психічна хвороба. Експертна оцінка безпорадного стану потерпілих, який виник у результаті прийому алкоголю, відрізняється від оцінки алкогольного сп'яніння чи сп'яніння внаслідок вживання психоактивних речовин правопорушниками, коли осудність не виключається.

Висновок про безпорадний стан виноситься судово-слідчими органами на основі психічних порушень, що властиві потерпілому. Судово-психіатрична експертиза лише визначає можливість цієї особи за її психічним станом розуміти характер і значення дій, які вчиняються стосовно неї, та чинити опір у певній кримінальній ситуації. Щоб уточнити наявність саме того ступеня сп'яніння, що позбавляє такої можливості потерпілого, інколи доводиться залучати до комплексної експертизи й судових медиків. При встановленні безпорадного стану потерпілого не має значення, чи він сам довів себе до такого стану сп'яніння, чи це сталося під тиском інших осіб. На безпорадний стан вказує загальмованість, пасивність, відчуженість, безтурботність. Виразні порушення ходи та мови, нудота, блювота, наступний сон і часто амнезія є об'єктивними ознаками отруєння алкоголем. Особливості поведінки потерпілої особи в цей час дають підстави оцінювати її поведінку і вчинки як результат токсичної дії алкоголю, порушення орієнтації в оточуючому середовищі і здатності усвідомлено керувати своїми діями. До них відносяться ніколи до цього не властива для потерпілого розгальмованість, яка може змінюватися наступною апатією, збайдужінням до наслідків вчинених з ним дій, відсутність реакції на те, що відбулося, і навіть намагань приховати ознаки сексуального насильства.

Досвід і практика свідчать про те, що найчастіше судово-психіатричну експертизу доводиться призначати стосовно таких свідків і потерпілих, які страждають на розумову недорозвиненість, олігофренію, органічні ураження головного мозку, перенесли черепно-мозкову травму, особливо при кримінальній ситуації, розвитку реактивних психічних порушень і, значно рідше, шизофренічних розладах. Експертний висновок відносно осіб із психічною патологією повинен відображати здатність особи здійснювати процесуальні функції на різних етапах юридичного процесу відповідно до характеру і динаміки психічного розладу. Медичний критерій визначається поняттям "душевна хвороба", яким охоплюються всі види психопатології. Юридичний критерій визначається неможливістю потерпілих і свідків правильно сприймати обставини справи і давати про них правдиві показання, розуміти характер і значення скоєних щодо потерпілих дій, а також неможливістю чинити опір. Судово-психіатричними експертами стосовно свідків, як правило, вирішується одне питання: чи може ця особа правильно сприймати обставини, що мають значення для справи, і давати про них показання. Стосовно потерпілих коло питань, які вирішуються судово-психіатричною експертизою, є значно ширшим. Залежно від глибини уражень психічної сфери і часу початку їх розвитку характер сприйняття різних обставин у потерпілих може бути різним.

При психопатії, органічних ураженнях головного мозку без ознак слабоумства, епілепсії, без значного зниження інтелекту здатність правильно сприймати і відтворювати перебіг подій зберігається. Навіть хворі на шизофренію, в стані стійкої ремісії, без виразного дефекту, визнаються спроможними давати свідчення і дієздатними. Хоча, разом з тим, участь таких хворих у судовому засіданні є неприпустимою через небезпеку погіршення їх психічного стану внаслідок обставин, які травмують психіку. Взагалі ж оцінка стану ремісії при шизофренії складна; при цьому треба враховувати її глибину та якість, наявність чи відсутність патологічних тлумачень – так званого резидуального маячення.

Хворі з інтелектуальною недорозвиненістю, обмеженим запасом знань, але без емоційно-вольових розладів, добре адаптовані у житті і можуть вірно сприймати обставини та події, давати про них правильні показання. Такі порушення психіки розумово недорозвинених осіб, як некритичність, некорегованість своєї поведінки, при високій навіюваності, схильності до наслідування чужої поведінки залежність вчинків і суджень від впливу оточення часто можуть спричинити наявність суперечностей у показаннях, вони нерідко стають об'єктом насильства чи використання у злочинних діях зловмисниками.

У протилежних випадках, при олігофренії з глибокою дебільністю, що межує з імбецильністю, потерпілі та свідки не здатні сприймати обставини справи і давати про них показання через глибоке ураження інтелекту та вольової сфери.

У випадках із проміжними варіантами розладів хворі можуть повністю сприймати обставини подій і давати про це свідчення, але не розуміють значення вчиненого. Неглибока ступінь дебільності особи при збереженій здатності контролювати свої вчинки, як правило, не перешкоджає можливості давати правильні показання у справі. Разом з тим, іноді наявність виразних психопатоподібних розладів з брехливістю, розгальмованістю сексуального потягу, що бувають супутніми основному дефектові, утруднюють експертну оцінку. При цьому зниження в особи можливості керувати своїми вчинками заважає здатності адекватно реагувати на обставини, які склалися, і давати про неї правильні показання. В подібних випадках експерти часто роблять висновок, що до свідчень таких осіб потрібно ставитись як до показань психічно хворих, незважаючи на формально неглибокий інтелектуальний дефект.

У випадках експертної оцінки дебільності середнього ступеня вираження особливої уваги потребує підвищена навіюваність, тому великого значення для експерта набуває правильно побудований допит особи на досудовому слідстві. На характер висвітлення фактів впливає присутність під час допитів батьків, що звичайно практикується при допиті неповнолітніх. Відношення до справи батьків, їх зацікавленість в її позитивному вирішенні відображаються на поведінці та свідченнях потерпілого. Разом з тим, у переважній кількості випадків саме батькам або опікунам такі особи сповіщають про ситуації, коли стають об'єктом насильства зловмисників.

Досить складною буває судово-психіатрична експертиза осіб, які перенесли черепно-мозкову травму у кримінально значимій ситуації. Найбільші порушення в них виникають у момент отримання та в гострому періоді травми. Втрачена свідомість, пам'ять й інші функції повертаються в подальшому поступово, з покращенням загального стану. У зв'язку з цим практично важливо визначити період тривалості порушення свідомості і втрати пам'яті потерпілого. При тяжких черепно-мозкових травмах, із тривалими розладами свідомості, глибокими амнезіями й інтелектуальними порушеннями доцільним є проведення повторного обстеження потерпілих для оцінки динамічних змін у перебігу травматичної хвороби головного мозку. При цьому оцінка ступеня тяжкості тілесних ушкоджень відноситься до компетенції судово-медичної експертизи. Саме тому в таких випадках доцільно призначити комплексну судово-психіатричну і судово-медичну експертизу, при проведенні якої психіатрами оцінюється глибина, тривалість і динаміка психічних розладів, а судово-медичними експертами за сукупністю виявлених порушень визначається тяжкість завданих тілесних ушкоджень.

Труднощі судово-психіатричної експертизи можуть бути пов'язані з тим, що в результаті втрати свідомості і ретроградної амнезії у травмованих відомості, які сповіщаються ними, часто бувають невірними. В подальшому хворі нерідко заповнюють відтінок часу, що випав з пам'яті, неправдивими, хибними спогадами, доповненнями, які виникають у них на основі знання обставин справи зі слів слідчого, рідних, знайомих і сповіщають ці дані, дійсно вважаючи їх правдивими. Тому можуть виникати протиріччя, особливо тоді, коли свідків події не було, а період втрати свідомості потерпілим після травми був коротким.

У практиці слідства часто буває важливо встановити час, з якого показання потерпілого починають носити патологічний характер. Щоби відповісти на таке запитання, потрібно ретельно зібрати для справи матеріали про поведінку особи, її стан у момент отримання травми та безпосередньо після неї. Звісно, що це не завжди можливо, й іноді експерти можуть відмовитися від подання категоричного висновку у такій справі.

Психогенії, що можуть розвинутиися під час судово-слідчої ситуації, бувають різної глибини і тривалості, можуть перешкоджати участі свідків чи потерпілих у процесуальних діях на весь період захворювання. Так, наприклад, у потерпілих у справах про зґвалтування нерідко розвиваються психогенні розлади, які набувають пролонгованого рецидивного перебігу, аж до формування стійкого невротичного розвитку. В таких випадках проводяться комплексні судово-психіатричні і судово-медичні експертизи. Судові психіатри вирішують питання зв'язку психічного розладу потерпілого з отриманою психічною травмою, дають прогноз психічного розладу, а судово-медичні експерти оцінюють тяжкість шкоди, завданої здоров'ю потерпілого.

Питання про час, з якого показання особи можуть почати набувати патологічного змісту, іноді виникає при виявленні реактивних психічних розладів у

підекспертних різних категорій. Наявність реактивного стану може спричинити подання викривлених відомостей у справі, обмовляння, самообмовляння. Питання про здатність подавати правильні показання в стані реактивного психозу частіше ставиться вже після його констатації експертами і стосується свідчень, які повідомлені на досудовому слідстві. Тому у висновку про реактивний стан у підекспертного потрібно вказувати, з якого моменту виник психічний стан, що перешкоджає поданню в справі правильних показань.

З наведеного вище матеріалу можна бачити, що винесення вірогідних і надійних експертних висновків стосовно свідків і потерпілих із психічними розладами сприяє ефективному захисту їх законних прав і свобод, і це є можливим лише на базі ретельної клініко-експертної оцінки порушених і збережених психічних функцій у юридично значимій ситуації.

§ 5. Судово-психіатрична експертиза в цивільному процесі поняття правоздатності, дієздатності та обмеженої дієздатності, види судово-психіатричної експертизи.

Значні зміни в суспільному ладі та майновому стані громадян, що відбулися за останні роки, призвели до значного зростання кількості цивільних справ, за якими здійснюється захист прав і законних інтересів громадян, пов'язаних з майновими, трудовими та сімейними правовими стосунками.

У зв'язку з таким розвитком практики сучасного цивільного судочинства судово-психіатрична експертиза в цивільному процесі набуває все більшого значення. Вона в означеному сенсі має важливе гуманістичне значення і проводиться з метою захисту цивільних прав, свобод і законних інтересів осіб, які беруть участь у цивільному процесі. Зокрема, це стосується хворих із психічними розладами, коли результат розгляду справи залежить від визнання чи невизнання особи здатною до повноцінного волевиявлення та здійснення тих або інших соціальних функцій. Сучасне розуміння цивільно-правового статусу особи передбачає максимальне дотримання прав особи, в т. ч. розширення прав душевно хворих (Закон України "Про психіатричну допомогу", статті 25, 26).

Правовий статус громадян, які є учасниками цивільних стосунків, визначається такими поняттями в юриспруденції, як правоздатність, дієздатність і недієздатність.

Відповідно до ст. 25 Цивільного кодексу України (ЦКУ), що набув чинності з 1 січня 2004 р., **правоздатність** означає здатність громадянина мати цивільні права й обов'язки, що визнається за всіма громадянами України і виникає в момент народження, а припиняється зі смертю. У випадках, встановлених законом, охороняються інтереси зачатої, але ще не народженої дитини, а здатність мати окремі цивільні права й обов'язки може пов'язуватися з досягненням фізичною особою відповідного віку. Обсяг цивільної правоздатності фізичної особи щодо можливості мати цивільні права й обов'язки, а також особисті майнові та немайнові права встановлено ст. 26 ЦКУ.

Поняття правоздатності нерозривно пов'язане з поняттям дієздатності. Згідно зі ст. 30 ЦКУ **цивільну дієздатність** має фізична особа, котра усвідомлює значення своїх дій і може керувати ними, та визначається як здатність громадянина своїми діями набувати цивільних прав і створювати для себе цивільні обов'язки, що виникає у повному обсязі з настанням повноліття, крім випадків, передбачених у ст. 35 ЦКУ, коли це можливо з 16-річного віку. Отже, на відміну від правоздатності, дієздатність детермінується віком. Пов'язуючи виникнення дієздатності в повному обсязі з досягненням повноліття, закон виходить з того, що з цього віку людина досягає психічної зрілості і набуває життєвого досвіду, які стають достатніми, щоб правильно розуміти і керувати своїми вчинками. Такі якості особи залежать не тільки від віку, а й від стану психічного здоров'я. При наявності психічних розладів у повнолітніх осіб може бути відсутня здатність розуміти значення своїх дій і керувати своєю поведінкою. В таких випадках виникає питання про можливість громадянина здійснювати свої цивільні права та виконувати цивільні обов'язки.

Реформування цивільного законодавства України з урахуванням досвіду передових демократій світу в сучасних умовах становлення правової держави вимагає постійного вдосконалення та доповнення законів, внесення точніших визначень і понять, потребує нових тлумачень і підходів до практики вирішення цивільно-правових, у т. ч. медико-експертних проблем.

Так, у діючому ЦКУ введено поняття "фізична особа (ст. 24) і запроваджено уточнені обсяги її цивільної дієздатності (статті 31, 32, 34, 36, 39). Судово-психіатричні експертні аспекти цих останніх змін у цивільному законодавстві України є предметом нашого розгляду.

Хоча дієздатність-недієздатність, так само як й осудність-неосудність у кримінальному процесі – поняття юридичні, встановлення і кваліфікація психічного стану особи, що означає спроможність або неспроможність свідомо виконувати вимоги закону, є прерогативою лише судово-психіатричної експертизи. Тому ця тема завжди мала і буде мати широкий теоретичний і практичний резонанс серед фахівців – судових психіатрів.

Введення детермінованих віком обсягів часткової цивільної дієздатності малолітньої фізичної особи, яка не досягла 14 років (ст. 31 ЦКУ), та неповної дієздатності фізичної особи віком від 14 до 18 років (ст. 32 ЦКУ) значною мірою сприятимуть практичному вирішенню процесуальних, медико-експертних і правових проблем. Зокрема, таких: дотримання законності; обґрунтованість направлення неповнолітнього на експертизу; адекватність вибору організаційних форм експертизи; кваліфікація фахівців-експертів; використання надійних критеріїв діагностики та судово-психіатричної оцінки; відповідність експертних висновків, лікувально-профілактичних рекомендацій, медичних і реабілітаційних заходів.

У ч. 1 ст. 39 ЦКУ можна відзначити суттєві зміни у визначенні самої недієздатності. Так, фізична особа може бути визнана судом недієздатною, "якщо вона внаслідок хронічного, стійкого психічного розладу не здатна усвідомлювати

значення своїх дій та (або) керувати ними”. Отже, в оновленій формулі недієздатності, порівняно з попереднім Цивільним кодексом, змінено підстави для визначення особи недієздатною. Визначальною ознакою медичного критерію залишилася наявність у підекспертного “хронічного психічного розладу” (в попередньому Цивільному кодексі було два узагальнюючі поняття – “душевна хвороба” і “недоумство”). Замість недоумства тепер другою ознакою введено визначення “стійкий психічний розлад”.

Поняття “хронічний психічний розлад” одразу відкидає різні за клінічною виразністю, перебігом і глибиною варіанти порушень та аномалій вищої нервової діяльності, які є недовготривалими або взагалі не справляють суттєвого впливу на здатність особи усвідомлювати і здійснювати свої основні цивільні права та обов’язки, а детермінує обов’язковість визнання правового значення тільки таких розладів, які підпадають під ознаку “хронічних”. Отже, такі психічні розлади зумовлюють тривале, глибоке порушення соціальної адаптації та неможливість свідомого ведення своїх справ, а в правовому сенсі обґрунтовують потребу призначення опіки (ст. 41 ЦКУ), захисту прав хворих з одного боку, а також захисту суспільства від можливих суспільно небезпечних діянь таких хворих, з іншого.

З точки зору клінічного змісту і психопатологічної діагностики поняття “хронічний психічний розлад” у нинішньому українському законодавстві більше відповідає вимогам МКХ-10.

Під другу визначальну ознаку медичного критерію формули недієздатності – “стійкі” – можуть підпадати різні за клінічною виразністю, глибиною і походженням навіть тимчасові психічні розлади, що можуть обумовлювати неможливість усвідомлювати значення своїх дій та (або) неспроможність керувати ними, але обов’язковою є стійкість цих психічних розладів, тобто їх певна тривалість, правова актуальність протягом конкретно визначеного часу. Момент визначення фізичної особи недієздатною судом з урахуванням висновку судово-психіатричної експертизи та поновлення її цивільної дієздатності в теперішньому ЦКУ чітко регламентовані (статті 40, 42).

Відсутність у новій редакції закону поняття медичного критерію у формулі недієздатності “недоумство” не означає, що діагнози “олігофренія” “деменція” тепер не входять до юридично значимих ознак, тому що ці психічні розлади автоматично підпадають під ознаки хронічних і стійких.

Наявність варіантів у здатності керувати своїми діями – “та” (“або”) – міжінтелектуальною та вольовою складовими юридичного критерію формули вказує на те, що при деяких розладах вольова складова може бути переважаючою над інтелектуальною. Це може бути причиною неможливості особи втриматися від порушення певних правових табу за наявності соціальної дезадаптації внаслідок клінічних особливостей психічних розладів, переважно в емоційно-вольовій сфері. В практиці таке зустрічається, наприклад, у випадках деяких розладів особистості і поведінки, при непоборності потягів, окремих розладах інстинктів і нахилів,

статевих збоченнях, інфантилізмі, біполярних порушеннях, неглибоких формах розумової відсталості з емоційно-вольовою лабільністю тощо.

У ст. 36 ЦКУ передбачено нові підстави для обмеження цивільної дієздатності. Так, можна відзначити, що нині це обмеження здійснюється судом не тільки з причини факту зловживання спиртними напоями, наркотичними засобами, а й суттєво доповнене переліком зловживань психоактивними речовинами, котрі можуть підпадати під ознаки тих, які викликають токсикоманії, і це набуває в наш час все більшої актуальності.

Найсуттєвішим, таким, що відображає більш демократичну, в руслі сучасної правової реформи сутність оновленого закону, є введення у ч. 1 ст. 36 ЦКУ для обмеження дієздатності нової підстави – поняття “психічний розлад”. Тим самим визначається необхідність захисту прав, свобод і законних інтересів широкого кола громадян, котрі за наявності у них певних психічних розладів не в змозі самостійно й ефективно їх реалізувати, повноцінно вести свої справи, укладати угоди, розпоряджатися своїм майном, здійснювати інші правочини і через свої психічні особливості можуть опинитися жертвами різного роду корисливих і злочинних намірів інших осіб щодо них. Без сумніву, що в таких справах роль судово-психіатричного експертного забезпечення повинна значно зрости. Предметом дослідження такої експертизи повинен стати певний психічний стан, який “істотно впливає на здатність фізичної особи усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними” (ст. 36 ЦКУ) і цим лише обмежує дієздатність, але не досягає глибини таких розладів, що зовсім виключають дієздатність.

З точки зору медичної діагностики психічні розлади з означеними правовими наслідками тепер можуть бути представлені ширшим діапазоном психіатричних діагнозів, залежно від їх відповідності медичному та юридичному критеріям оновленої формули обмеженої дієздатності і слугувати підставою для призначення піклування, а, отже, для ефективного захисту прав більшості громадян. Тут, у певному значенні, є аналогія з введенням у нинішньому ККУ ст. 20 про обмежену осудність, яка може бути підставою для призначення судом заходів медичного характеру, а не тягнути за собою покарання в місцях позбавлення волі. У формулі неосудності медичний критерій більш конкретизований і складається з чотирьох, а не двох складових, і разом із цим більш регламентуючий у діагностичному плані.

Нові поняття обмеженої дієздатності й обмеженої осудності ще потребують додаткової уваги та впровадження чіткіших практичних рекомендацій, тлумачень, уточнень, які би могли більше конкретизувати діагностичні рамки психопатологічних зрушень, що повинно забезпечити кращу якість і надійність судово-психіатричних експертних висновків. Це потребує скоординованих зусиль фахівців юридичного та медичного профілю.

Так, можна погодитися з думкою щодо доцільності доповнення ЦКУ нормами, які б окремими підставами для визнання особи обмежено дієздатною передбачили такі біхевіоральні відхилення, як марнотратство, фізичні вади, що було в римському

праві і нині присутнє в зарубіжному законодавстві. У прикладах марнотратства останнє повністю вкладається в медичне визначення т. зв. гемблінгу, який по суті є психічним розладом (F-63.0 – за МКХ-10).

Загалом уведення нової, більш уточненої градації обсягу цивільної дієздатності в ЦКУ є позитивним явищем і за своєю сутністю практичним втіленням демократичного реформування законодавства України. Про системний і ґрунтовний підхід до цього в нашій державі говорить і логічне доповнення Кодексу новими положеннями про опіку, піклування, представництво, правочин, цивільну відповідальність. Про особливість стосунків між адвокатом і недієздатним або обмежено дієздатним клієнтом із нових позицій йдеться в Правилах адвокатської етики (ст. 46).

Такі позитивні зміни в законодавстві України все більше відповідають меті створення гармонійного, в дусі правової держави регулювання відносин у всіх сферах життя між усіма верствами населення, включаючи осіб, які мають певні психічні відхилення від норми. Роль судово-експертного (в т. ч. судово-психіатричного) забезпечення в контексті цих перетворень буде відповідно зростати.

Особи, котрих визнано недієздатними чи обмежено дієздатними, не втрачають своїх прав на володіння майном, його успадкування за заповітом тощо, але вступати в права спадкоємця, дарувати і продавати, здійснювати інші правочини вони можуть лише за посередництвом свого опікуна чи піклувальника. Визнання громадянина недієздатним здійснюється тільки судом у порядку, передбаченому ЦПКУ.

Відповідно до ст. 237 ЦПКУ, клопотати перед судом про визнання психічно хворого недієздатним або обмежено дієздатним можуть члени його сім'ї, органи опіки і піклування, наркологічні та психіатричні лікувальні установи. У заяві про визнання громадянина недієздатним повинні бути викладені обставини, що свідчать про наявність у нього психічного розладу, внаслідок якого він не може розуміти значення своїх дій і керувати ними. Справи цієї категорії розглядаються за обов'язкової участі заявника й органу опіки та піклування. Виклик у судове засідання хворого визначається станом його здоров'я (ст. 240 ЦПКУ). Суд при наявності достатніх даних про психічну хворобу чи слабоумство громадянина призначає для визначення його психічного стану судово-психіатричну експертизу.

У виключних випадках, коли особа, стосовно якої провадиться справа про визнання її недієздатною, явно ухиляється від проходження експертизи, суд на своєму засіданні за участю експерта-психіатра може винести ухвалу про направлення цієї особи на судово-психіатричну експертизу у примусовому порядку (ст. 239 ЦПКУ).

У випадку видужання або значного покращення психічного стану особи, визнаної недієздатною, суд на підставі відповідного висновку судово-психіатричної експертизи визнає громадянина дієздатним. На підставі такого рішення суду відміняється раніше встановлена над громадянином опіка. Справа про визнання особи дієздатною розглядається судом за місцем проживання особи, за заявою

опікуна, а також осіб, що перелічені в ст. 237 ЦПКУ. Рішення суду є підставою для призначення обмежено дієздатному піклувальника, а недієздатному – опікуна (ст. 241 ЦПКУ).

При розгляді понять “недієздатність” і “неосудність” можна побачити, що вони мають багато спільного, але ототожнювати їх не можна. Так, питання про неосудність виникає лише при скоєнні особою суспільно небезпечної дії, передбаченої кримінальним законом, і стосується тільки конкретного вчинку суб’єкта, що стався в певний проміжок часу. Якщо немає злочину, то немає потреби у вирішенні питання про осудність, коли психічний стан оцінюється ретроспективно і лише щодо конкретного діяння. У цивільному процесі теж інколи потрібно вирішити питання про можливість розуміти значення своїх дій і керувати ними стосовно вчинків особи, які мали місце в минулому, наприклад, коли складалась угода чи заповіт. У справах про визнання особи недієздатною, при вирішенні питання про можливість підтримувати шлюбні стосунки, брати участь у вихованні дітей, призначенні опіки перед судово-психіатричними експертами виникає необхідність оцінки психічного стану особи в минулому, тепер і визначення прогнозів на майбутнє. При вирішенні питання про опіку питання про дієздатність у цивільному процесі може виникнути навіть за відсутності позову.

У кримінальному процесі судово-психіатричні експерти повинні давати категоричний висновок про осудність чи неосудність особи стосовно конкретного вчинку, а в цивільному процесі висновок про дієздатність-недієздатність експертами не дається; це робить суд. У цивільному процесі експерти лише посилаються у своїх висновках на юридичний критерій, про що говориться у ст. 39 ЦКУ коли вказується, що особа “не здатна усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними внаслідок хронічного стійкого психічного розладу”. Особа, котру визнано недієздатною, не може бути одночасно визнано осудною.

Наявність психічного захворювання з визначеним несприятливим прогнозом дає підстави передбачати недієздатність хворого у майбутньому та його неосудність при скоєнні суспільно небезпечної дії. Тому недієздатність і неосудність найчастіше співпадають в осіб із хронічним психічним захворюванням, що тягне за собою стійкі та виразні зміни психічної діяльності аж до дефектних станів (шизофренія, прогресивний параліч, старечий психоз). Тимчасові психічні розлади (при реактивних, інтоксикаційних, соматогенних психічних розладах тощо) передбачають можливість відновлення дієздатності у майбутньому, хоча конкретні юридичні дії, що відбулися під час хворобливого стану, можуть бути визнані недійсними. Ця ж особа може бути визнаною неосудною стосовно конкретного суспільно небезпечного діяння, вчиненого на той час.

Заходи медичного характеру, які застосовуються щодо неосудних і недієздатних, теж суттєво відрізняються. Стосовно неосудних судово-психіатричними експертами і судом повинні даватися рекомендації про застосування примусових заходів медичного характеру, залежно від психічного стану і тяжкості

вчинених протиправних дій. У цивільному ж процесі, на відміну від кримінальних справ, до осіб – учасників процесу законодавством не передбачено застосування примусових заходів медичного характеру (наприклад, до позивачів і відповідачів). У випадках, коли такі особи за своїм психічним станом можуть становити небезпеку для оточуючих, за висновком експертів госпіталізація поवादиться у невідкладному порядку за місцем проживання (див. Закон України “Про психіатричну допомогу”).

Форми судово-психіатричної експертизи в цивільному процесі.

Організаційні особливості проведення заочної та посмертної експертизи.

Так само як в кримінальному процесі, судово-психіатрична експертиза у цивільних справах може провадитися стаціонарно, амбулаторно, в суді, заочно та після смерті особи.

Заочна експертиза призначається тоді, коли досліджуваній внаслідок тяжкого захворювання чи надто далекої відстані від місця проживання не може прибути на експертизу. Однак після ознайомлення з матеріалами цивільної справи експерт має право просити про надання йому додаткових матеріалів, а при недостатній зрозумілості питання про психічний стан суб'єкта може наполягати на його особистому обстеженні (ст. 53 ЦПКУ). В особливих випадках, при тяжких фізичних недугах хворого експерти можуть проводити обстеження в лікарні чи вдома у такого хворого.

Експертиза, що проводиться після смерті досліджуваного, є найскладнішою. Цей вид експертного дослідження призначається судом для вирішення питання про психічний стан особи на момент вчинення нею цивільно-правового акту. Наприклад, стосовно осіб похилого і старечого віку, при складанні ними заповіту, оформленні договору дарування, укладанні угоди чи вступі в шлюб. Складність цього виду експертизи пояснюється ще й тим, що у цивільних справах попереднє слідство не ведеться, а психічний стан особи доводиться оцінювати ретроспективно, без можливості її особистого обстеження. Це робиться судово-психіатричними експертами на підставі даних медичної документації, показань свідків, рідних і знайомих, особистого листування хворого, його записів і нотаток, характеристик з роботи і за місцем проживання й інших документів і свідчень. Оцінка такого матеріалу може ускладнюватися необ'єктивністю й упередженістю окремих свідків, осіб, а, особливо, родичів і близьких. Медична документація може стосуватися тільки фізичного стану особи і залишати поза увагою окремі психологічні прояви та не висвітлювати наявність і характер можливих психічних розладів. У таких випадках іноді призначаються комплексні судово-психіатричні експертизи із залученням терапевтів, онкологів, ендокринологів та інших спеціалістів. При недостатності об'єктивних даних про особу експерт має право на відмову від складання висновку в такій цивільній справі.

Процедура проведення експертизи у цивільному процесі стаціонарно, амбулаторно або в суді нічим по суті не відрізняється від такої ж у кримінальному процесі. Процедура призначення і проведення експертизи, а також права й обов'язки

експертів і підекспертних у цивільному процесі викладені в статтях 53, 145–150 ЦПКУ.

Питання, що вирішуються при проведенні судово-психіатричної експертизи в цивільних справах.

Відповідно до питань, які ставить суд перед судово-психіатричними експертами, залежно від характеру юридичного акту чи позову при складанні висновку про психічний стан учасників цивільного процесу дається експертна оцінка психічного стану досліджуваних як на час обстеження, так і, відповідно, ретроспективно або прогностично.

Однією з найбільш поширених у цивільному процесі є судово-психіатрична експертиза, що призначається у **справах про визнання особи недієздатною чи обмежено дієздатною (статті 36, 39 ЦКУ) та про необхідність встановлення над нею опіки чи піклування**, коли визначальними для експертного висновку має бути констатація наявності у досліджуваного критеріїв недієздатності чи обмеженої дієздатності. Призначення опіки піклувальника чи опікуна відповідно в таких цивільних справах має бути обов'язковим (ст. 241 ЦПКУ). Недієздатна особа не розуміє значення своїх дій і не може керувати ними, тому без призначення судом опікуна вона не може правильно розпоряджатися своїм майном, без шкоди власному добробуту укладати угоди, здійснювати юридичні акти. Заперечення необхідності опіки є по суті запереченням самого факту недієздатності.

У справах про визнання угоди недійсною, згідно з позовом про недійсність юридичних актів купівлі-продажу майна, обміну житлової площі, дарчих актів, заповітів тощо, судово-психіатричний експерт повинен визначити психічний стан особи на момент укладання угоди, початок захворювання, його глибину і виразність. При вирішенні таких цивільних справ суд не визнає дійсними юридичні акти, які були здійснені особою, що була позбавлена чи обмежена у дієздатності (статті 36, 39 ЦКУ), або особою хоч і дієздатною, але такою, що в момент укладання угоди перебувала у стані, коли вона не могла розуміти значення своїх дій і керувати ними. Якщо судом за допомогою судово-психіатричної експертизи буде встановлено, що психічні розлади виникли після укладання угоди, то вона визнається дійсною.

Позов про визнання шлюбу недійсним. Згідно з п. 1 ст. 40 Сімейного кодексу України (СКУ), шлюб може бути визнаний недійсним, якщо згоду на вступ у нього було отримано від особи, яка на той час через свій хворобливий стан не могла розуміти власні дії та керувати ними. Судово-психіатричний експертний висновок у таких випадках повинен містити характеристику психічного стану досліджуваного в момент вступу в шлюб. При цьому для визнання шлюбу недійсним важливо не лише встановити наявність в особи душевної хвороби, а й уточнити час її виникнення відносно часу вступу в шлюб, щоби відповісти на питання про можливість розуміння особою на той час значення своїх дій і керування ними.

Позов про розірвання шлюбу. При розірванні шлюбу йдеться про припинення подружніх стосунків на майбутнє, якщо один із членів сімейної пари захворів на

психічне захворювання під час сумісного проживання подружжя. У справах цієї категорії експерти встановлюють, чи немає у досліджуваного таких психічних розладів, які би могли перешкоджати подальшому сумісному проживанню подружжя і збереженню сім'ї. Основна увага тут приділяється експертній оцінці емоційної збереженості хворих, наявності грубих психопатичних і психічних розладів (наприклад, маячення ревнощів), які унеможливають подальше спільне проживання подружжя, виховання ними дітей.

Спірні питання про можливість брати участь у вихованні дітей. У цих випадках експерти повинні визначити, чи може досліджуваний за своїм психічним станом виховувати дітей, а також, чи він є небезпечним для своєї дитини за умови сумісного з нею проживання. Вирішуючи такі питання, судово-психіатричні експерти повинні визначити психічний стан особи не лише на час проведення експертизи, а й на майбутнє, з урахуванням тих психічних розладів, які могли би становити небезпеку для дитини. Це – наявність грубих психопатичних і психічних розладів, маячних ідей ревнощів, впливу, переслідування, отруєння, настирливих спроб вчинити самогубство, агресивних дій, що спрямовані на конкретних осіб із близького оточення, в т. ч. одного з подружжя, дітей, онуків та інших членів родини.

Справи цієї категорії не слід ототожнювати зі справами про позбавлення батьківських прав на основі ст. 164 СКУ, згідно з якою суд позбавляє батьківських прав особу, котра винна у невиконанні своїх батьківських обов'язків з виховання дітей. При глибокому психічному розладі вина особи виключається, а тому суд приймає рішення про відібрання дитини без позбавлення батьківських прав (ст. 164 СКУ).

Позов про відшкодування спричиненої шкоди. Відповідності до ст. 1184 ЦКУ душевно хворий, визнаний недієздатним, не несе відповідальності за спричинену ним шкоду. Відповідальність за шкоду буде нести опікун або установа, зобов'язана здійснювати за ним нагляд, але тільки при доведенні виникнення шкоди з їх вини. За спричинену шкоду не відповідає також громадянин, хоч і дієздатний, але який знаходився у такому стані, коли він не міг розуміти значення своїх дій чи керувати ними. Однак такий громадянин не звільняється від відповідальності, якщо сам привів себе у такий стан вживанням алкоголю або наркотичних речовин чи іншим способом (ст. 1185 ЦКУ). Отже, в таких випадках основне завдання судово-психіатричної експертизи полягає в ретроспективній оцінці психічного стану громадянина в момент спричинення ним шкоди.

Посмертна експертиза для вирішення питання про психічний стан особи на момент складання заповіту чи договору дарування. Тут звертається увага на логічність викладу і дій, відповідність попередніх відносин з особою, об'єктивні життєві обставини, немотивованість дій, навіюваність особи. Для складання висновку письмові документи порівнюють з даними медичної документації, показаннями свідків і матеріалами справи та додатковими даними.

Визначення психічного стану свідка, що інколи проводиться у цивільних

справах судово-психіатричними експертами, потребує надання висновку, чи може ця особа виступати свідком у суді і чи не позбавляє психічна хвороба можливості правильно сприймати факти, які мають значення для справи і давати про них правильні свідчення. Про дієздатність свідка питання в таких випадках не ставиться.

§ 6. Примусові заходи медичного характеру і застосування їх до хворих із психічними розладами, які вчинили суспільно небезпечні діяння.

Особи, які вчинили протиправні дії в стані неосудності, що зумовлена душевною хворобою, згідно з чинним кримінальним законодавством не є злочинцями, а, отже, не підлягають покаранню. Реабілітація таких осіб є дуже важливою суспільною та медико-соціальною проблемою. До них за рішенням суду можуть бути застосовані примусові та не примусові заходи медичного характеру.

Примусове лікування й інші заходи медичного характеру хоч і застосовуються за призначенням суду, так само, як і покарання, все таки суттєво відрізняються від останнього. Заходи медичного характеру, з одного боку, передбачають лікувально-реабілітаційні заходи стосовно психічно хворих, а з іншого – захист суспільства від небезпечних дій, які можуть вчинятися такими особами з хворобливих мотивів. Покарання ж є мірою відповідальності за провину, тому до психічно хворих осіб, які знаходяться на примусовому лікуванні, не застосовуються категорії “покарання”, “судимість”, “амністія”, “помилування”, “умовно-дострокове звільнення”.

Примусові заходи медичного характеру – це різновид медичних заходів, що застосовуються до душевно хворих без їх згоди або згоди їхніх законних представників. Підстави, порядок застосування, заміни та припинення примусового лікування регламентується відповідними законодавчими актами (статті 19, 20, 92–96 ККУ; статті 406, 408, 411, 416–424 КПКУ, статті 21, 117 КВКУ).

Примусові заходи медичного характеру, які можуть бути призначені та відмінені тільки судом (статті 19, 20, 92–96 ККУ), не відносяться до недобровільних, невідкладних психіатричних заходів до осіб, котрі страждають на психічний розлад, що передбачено Законом України “Про психіатричну допомогу” (ст. 14). Відповідно до цих підстав особа, яка страждає на психічний розлад, може бути госпіталізована до психіатричного закладу без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника, коли її обстеження або лікування можливі лише в стаціонарних умовах, та при встановленні в особи тяжкого психічного розладу, внаслідок чого вона:

- вчиняє чи виявляє реальні наміри вчинити дії, що являють собою безпосередню небезпеку для неї чи оточуючих, або
- неспроможна самотійно задовольняти свої основні життєві потреби на рівні, який забезпечує її життєдіяльність.

Примусові заходи медичного характеру, що застосовуються за рішенням суду у випадках і в порядку, встановлених ККУ, КПКУ, Законом України “Про психіатричну допомогу” та іншими законодавчими актами, на відміну від

розглянутої вище невідкладної госпіталізації у примусовому порядку за медичними показаннями, можуть бути реалізовані відповідно до осіб, які:

- вчинили злочини у стані обмеженої осудності;
- вчинили суспільно небезпечні діяння в стані неосудності;
- вчинили злочини в стані осудності або обмеженої осудності, але захворіли до винесення вироку, або під час відбування покарання на душевну хворобу, що робить неможливим призначення або виконання покарання;
- вчинили злочин на ґрунті алкоголізму чи наркоманії.

Згідно з чинним законодавством судові справи про призначення примусових заходів медичного характеру розглядаються в порядку особливого провадження (статті 416–424 КПКУ). Для призначення примусових заходів у відкритому судовому засіданні обов'язковою є участь прокурора та захисника, на відміну від необов'язкової участі в цьому засіданні хворої особи, щодо якої розглядається справа. Після обов'язкового проведення попереднього слідства та експертизи слідчий завершує справу і направляє її через прокурора в суд для застосування заходів медичного характеру. В судовому засіданні за участю прокурора, захисника, свідків і потерпілих з'ясовується, чи було суспільно небезпечне діяння, передбачене кримінальним законом, чи скоїла його особа, про яку розглядається справа, чи перебувала ця особа в стані неосудності або захворіла після скоєння злочину на душевну хворобу, яка позбавила її можливості розуміти свої дії і керувати ними. З урахуванням рекомендацій СПЕК суд виносить постанову про застосування конкретного виду заходів медичного характеру. Для уточнення особливостей психічного стану особи, визнаної неосудною, в судове засідання може бути запрошений психіатр-експерт.

Таким чином, остаточне рішення про застосування примусових заходів медичного характеру приймає суд, який, дослідивши всі матеріали справи та заслухавши учасників процесу, може призначити рекомендований СПЕК захід, а може й інакше оцінити соціальну небезпечність психічно хворого. Так, коли не буде доведено причетність душевно хворої особи до вчинення суспільно небезпечного діяння, то кримінальна справа відносно цієї особи припиняється. Госпіталізація та лікування психічно хворого здійснюється не в кримінально-процесуальному порядку, а відповідно до Закону “Про психіатричну допомогу”.

Заходи медичного характеру, в т. ч. примусове лікування, завжди призначаються з урахуванням соціальної небезпечності психічно хворого, що визначається як ризик повторного вчинення ним суспільно небезпечного діяння.

При визначенні соціальної небезпечності хворого експерти і суд зобов'язані оцінити не тільки зміст і характер вже скоєних соціально небезпечних дій, стан психіки хворого як на час скоєння таких дій, так і після цього, під час судово-психіатричного обстеження, а й оцінити можливість повторення соціально небезпечних дій, вплив на поведінку хворого мікро-соціальних умов. Ще в 1905 р. В. П. Сербський відзначав, що суспільна небезпечність хворого обумовлена не тільки

скоєними вже діями, а й можливістю вчинення ним інших злочинів.

Отже, соціальна небезпечність хворого визначається як вже скоєним діянням і станом хворого в динамічному аспекті, так і впливом негативних факторів оточення. Практичний досвід проведення судово-психіатричної експертизи свідчить про те, що характер скоєного діяння, як правило, відображає соціальну небезпечність хворих. Так, наприклад, вбивство, погрози скоєння вбивства, нанесення тяжких тілесних пошкоджень, нерідко скоєних за маячними мотивами та під впливом імперативних галюцинацій, є фактичним доказом небезпечності такого хворого для оточуючих. У цьому сенсі особливої уваги заслуговують ті форми маячень, що мають конкретну направленість на певних осіб, не корегуються самим хворим, супроводжуються виразною афективною зарядженістю.

При оцінці соціальної небезпечності хворих із психічними розладами необхідно пам'ятати про часту відсутність паралелізму між характером скоєного діяння та дійсною потенційною небезпечністю особи для суспільства. В практиці зустрічаються такі випадки, коли правопорушення хворого не становить великої небезпеки для суспільства (бродяжництво, порушення паспортних правил), але обстеження під час судово-психіатричної експертизи виявляє такі порушення, що свідчать про його значну соціальну небезпечність. Це означає, що скоєне правопорушення – лише перший акт у системі реалізації хворим складних маячних нагромаджень, тому такій особі можна призначити примусове лікування, незалежно від тяжкості скоєного ним протиправного діяння.

Провідну роль у визначенні соціальної небезпечності хворих відіграє оцінка їх психічного стану. Такі психопатологічні порушення, як систематизовані форми маячень, іпохондричні переживання, маніакальні стани, галюцинаційні синдроми необхідно розцінювати як небезпечні для суспільства. Соціальна небезпечність хворих підвищується при наявності в клінічній картині синдрому Кандинського-Клерамбо (психічного автоматизму) з явищами психічного автоматизму. Деяку небезпечність становлять хворі з афективними порушеннями, особливо при депресивно-маячних станах. У таких випадках хворі нерідко схильні до т. зв. “розширених самогубств” чи вбивств близьких осіб за мотивами, які в літературі отримали назву “альтруїстичних” (вбивство, що скоюється хворим із метою позбавлення близьких уявних “страждань”). Хворі на епілепсію та деякі форми органічних уражень головного мозку схильні до невмотивованої агресії в стані присмеркового розладу свідомості, під час дисфорій з явищами параноїчної налаштованості, а також при наявності у них змін особистості з наявністю слабоумства та стійкими афективними порушеннями у вигляді злобно-гнівливого подразнення.

Все таки невірно вважати всіх хворих із такими розладами соціально небезпечними. Більшість хворих з аналогічною клінічною картиною психічних порушень ніколи не вчиняють небезпечних дій.

Отже, соціальна небезпечність хворих виникає за наявності певних умов.

Дослідженнями вітчизняних і зарубіжних судових психіатрів було показано, що соціальна небезпечність хворих виникає в періоди загострень психічного стану, з трансформацією та ускладненням психопатологічних синдромів. Ступінь соціальної небезпечності хворого залежить від гостроти психічного стану та його динамічності. Найчастіше суспільна небезпечність особи з'являється тоді, коли в картині галюцинаційно-маячних розладів з'являються елементи синдрому Кандинського-Клерамбо чи наявна депресія ускладнюється за рахунок появи галюцинаційних і маячних переживань. Особи з алкогольними психозами переважно скоюють соціально небезпечні дії в періоди ускладнення клінічної картини білої гарячки маячними синдромами, а також в стані алкогольних параноїдів з ідеями ревнощів під час загострення, з приєднанням галюцинаційних компонентів.

Деякі психічні захворювання, що виявляють періодичний перебіг (шизофренія, епілепсія, параноїчний розвиток особистості), мають тенденцію до загострення чи виявляються в певні вікові періоди (пубертатний, інволюційний). Кілька психічних захворювань у жінок загострюється під час вагітності і родів. Через це у вказаних випадках соціальна небезпечність психічно хворих може бути підвищеною.

На прояви суспільної небезпечності хворих впливають також і несприятливі зовнішні фактори. До них відноситься алкогольна інтоксикація. Душевно хворі нерідко скоюють протиправні дії в стані алкогольного сп'яніння. Алкоголізація видозмінює клінічні прояви психічних захворювань (загострює, привносить в структуру психозу нові компоненти). Під впливом гострої та хронічної алкогольної інтоксикації підсилюється суспільна небезпечність хворих, які мають психопатоподібні форми психічних захворювань (постпроцесуальні стани шизофренії, залишкові явища органічних захворювань центральної нервової системи, олігофренії).

Алкогольна інтоксикація може провокувати розвиток присмеркових станів свідомості у хворих на епілепсію, в осіб із наслідками травматичних уражень мозку та явищами церебрального атеросклерозу. Хворі з психопатоподібними постпроцесуальними синдромами без виразних психотичних порушень нерідко сприймаються оточенням як психічно здорові. Потрапляючи в антисоціальне оточення, вони схильні приймати участь в скоєнні групових правопорушень, наслідуючи здорових і їх дії, що нерідко не має патологічної мотивації. Разом із тим підвищувана навіюваність, неповне критичне обміркування своєї поведінки і відсутність можливості прогнозувати наслідки своїх антисоціальних вчинків характеризують їх як хворих, схильних до скоєння суспільно небезпечних дій.

Таким чином, соціальна небезпечність психічно хворих не стабільна, а прояви її підвищення виникають періодично, виявляючи залежність від клінічних особливостей перебігу основного захворювання і негативного впливу зовнішніх факторів. Попередження вчинення хворими з психічними розладами суспільно небезпечних діянь є одним із завдань, які вирішуються за допомогою заходів медичного характеру.

Види та критерії вибору заходів медичного характеру

Експерти і суд в кожному конкретному випадку повинні індивідуально, з урахуванням усіх вищезазначених факторів оцінити соціальну небезпечність хворого, котрий скоїв протиправні діяння, і призначити відповідні заходи медичного характеру.

Примусові медичні заходи застосовуються виключно на основі закону і за рішенням суду. Так, відповідно до ст. 421 КПКУ, суд, визнавши, що саме ця душевно хвора особа вчинила суспільно небезпечне діяння і є потреба застосувати стосовно неї примусові заходи медичного характеру, в своєму рішенні повинен вказати ці заходи.

Від 1988 р. в Україні застосовується триступеневий принцип проведення примусового лікування:

- лікування у психіатричній лікарні зі звичайним наглядом;
- лікування у психіатричній лікарні з посиленням наглядом;
- лікування у психіатричній лікарні із суворим наглядом.

Враховуючи тенденцію наближення нашого законодавства до стандартів найбільш розвинених демократичних країн, завдяки зусиллям провідних психіатрів України (С. Ф. Глузман, О. Г. Сиропятов, С. В. Жабокрицький та ін.), які вказують на позитивний досвід використання препаратів пролонгованої (продовженої) дії в амбулаторному лікуванні, що знімає потребу у зайвих обмеженнях особи, у Законі України “Про психіатричну допомогу” включено четвертий вид примусових заходів медичного характеру – **надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку** (ст. 19, 94 ККУ), котрий теж застосовується тільки за рішенням суду, “якщо особа за своїм станом психічного здоров’я не потребує госпіталізації до психіатричного закладу”.

До психіатричних лікарень або відділень зі звичайним наглядом, тобто загального типу, направляються душевно хворі, які за своїм психічним станом і характером скоєного суспільно небезпечного діяння не становлять значної небезпеки, але потребують утримання в лікарі та лікування в примусовому порядку. Такі хворі утримуються в звичайних територіальних психіатричних відділеннях за місцем проживання. Найчастіше це стосується хворих на шизофренію, зі стійкими, що не підлягають корекції, маячними ідеями та галюцинаціями, епілепсією, органічними ураженнями головного мозку, церебральним атеросклерозом з психічними порушеннями та іншими психічними розладами, що вперше скоїли правопорушення.

До психіатричних лікарень із посиленням наглядом направляються душевно хворі, які вчинили спільно небезпечне діяння, що не пов’язане з посяганням на життя громадян, не становлять загрози для оточуючих, але потребують лікування та утримання в умовах психіатричної лікарні з посиленням наглядом. Переважно це особи, котрі ухиляються від лікування, порушують режим, вживають психоактивні речовини.

Примусова госпіталізація в психіатричну лікарню із суворим наглядом може бути застосовано щодо душевно хворого, який за своїм психічним станом і характером вчиненого суспільно небезпечного діяння становить особливу небезпеку для суспільства і потребує утримання в лікарні, а також лікування в умовах суворого й інтенсивного нагляду. Примусове лікування в психіатричних лікарнях із посиленням і суворим наглядом, тобто спеціального типу, як правило, застосовується до психічно хворих, які скоїли повторні суспільно небезпечні діяння, за своїм психічним станом не втримуються в психіатричних лікарнях загального типу, втікають, виявляють стійку антисоціальну поведінку. Детальніше про вибір заходів примусового характеру залежно від особливостей і тяжкості психічного розладу, з урахуванням активного та пасивного типів суспільної небезпечності викладено в “Порядку застосування примусових заходів медичного характеру в психіатричних заходах до осіб, які хворі на психічні розлади і вчинили суспільно небезпечні діяння” (див. Додатки).

Примусове лікування в психіатричних лікарнях спеціального типу призначається хворим на епілепсію, з частими присмерковими станами і виразними змінами особистості, особливо ускладненою алкогольною інтоксикацією та ін., а також хворим із клінічними проявами алкогольних параноїдів (зокрема, з наявністю маячення ревнощів) із рецидивним перебігом. Іноді такі заходи доцільні й щодо хворих на шизофренію, в яких виявляються психопатоподібні стани, ускладнені хронічним алкоголізмом зі стійкими антисоціальними формами поведінки.

Примусове лікування як у загальній, так і в спеціальній психіатричній лікарнях призначається особам, котрі вчинили тяжкі протиправні дії в осудному стані, але захворіли на душевні захворювання під час розслідування чи розгляду справ у суді. Найчастіше тоді тимчасово розвивається реактивний стан, після виходу з якого провадження кримінальної справи поновлюється.

Засуджені, котрі захворіли на хронічний психічний розлад під час відбування покарання, також направляються на примусове лікування в загальні та спеціальні психіатричні (з посиленням і суворим наглядом) лікарні за вищенаведеними підставами та медичними показаннями у випадках, які передбачені ст. 84 ККУ, ст. 408 КПКУ. Використання права на захист у справах про застосування примусових заходів медичного характеру, а також особливості відповідної судової практики затверджені у спеціальних постановах Пленумів Верховного Суду України (див. Додатки).

У випадках, коли в засуджених виникають психічні розлади тимчасового характеру, такі, наприклад, як реактивні стани, примусове лікування відбувається в психіатричних лікарнях місць позбавлення волі з наступним після видужання поверненням цих осіб для подальшого відбування покарання. Згідно з діючим законодавством час, що було проведено засудженим у лікарняних закладах внаслідок хвороби, зараховується в строк покарання (ст. 84 ККУ, ст. 408 КПКУ).

Основним показником щодо вибору виду заходів медичного характеру стосовно

психічно хворого є його небезпека для себе та оточуючих, яка виникає внаслідок хворобливих змін психічного стану особи. Для її ґрунтовної експертної оцінки потрібно використовувати об'єктивні дані, що характеризують поведінку хворого в обставинах вчинення діяння, мотиви і психопатологічні механізми, ознаки, які свідчать про можливість повторного вчинення суспільно небезпечних дій.

З визначенням примусових заходів медичного характеру суд у своїй постанові вказує, яким способом вони мають застосовуватися, тобто призначає один із наведених вище видів примусового лікування.

Всі психіатричні, лікувальні заклади та відділення, у яких здійснюється примусове лікування, підпорядковуються органам охорони здоров'я. Умови утримання хворих, медична допомога та необхідні заходи медико-соціальної реабілітації визначаються лише психічним станом хворого і не залежать від типу психіатричної лікарні. Такі лікувальні заклади різняться між собою лише режимом охорони. Так, у психіатричній лікарні зі звичайним наглядом режимні умови не відрізняються від умов психіатричної лікарні загального профілю, де всі охоронні функції покладено на медичний персонал закладу. В психіатричному стаціонарі з посиленням наглядом передбачена додаткова зовнішня охорона, яка здійснюється співробітниками органів внутрішніх справ. У психіатричних стаціонарах із суворим наглядом та інтенсивним спостереженням поряд із зовнішньою охороною передбачена охорона всередині лікарні, яку також здійснюють працівники органів внутрішніх справ.

Особи, які були направлені в психіатричний стаціонар для застосування примусових заходів медичного характеру, незалежно від виду психіатричного стаціонару користуються всіма правами пацієнтів психіатричних стаціонарів без будь-яких обмежень (Закон України "Про психіатричну допомогу", ст. 25). Тривалість примусового лікування судом не встановлюється. В призначеному лікувальному психіатричному закладі воно продовжується до видужання хворого або до такої зміни в його психічному стані, при якому зникає небезпека для суспільства, відпадає необхідність у застосуванні до нього примусових заходів медичного характеру. Особи, котрі знаходяться на примусовому лікуванні, підлягають огляду комісією лікарів-психіатрів не рідше одного разу на 6 місяців для вирішення питання про наявність підстав для звернення до суду із заявою про припинення або про зміну застосування такого заходу. Питання про зміну або припинення застосування примусового заходу медичного характеру вирішується судом за заявою представника психіатричного закладу (лікаря-психіатра, який надає особі таку допомогу), що подається в суд за місцем знаходження психіатричного закладу разом з обґрунтованим висновком про це комісії лікарів-психіатрів у разі такої зміни стану психічного здоров'я особи, в результаті якої відпадає необхідність застосування раніше призначеного заходу або виникає потреба у призначенні іншого заходу медичного характеру (див. ст. 19 Закону України "Про психіатричну допомогу"). Продовження, зміна і припинення примусових заходів здійснюється

судом на підставі подання адміністрації медичного закладу (див. ст. 95 ККУ).

У практиці, враховуючи підвищену суспільну небезпечність хворих, котрі перебували на примусовому лікуванні в закладах із посиленням і суворим наглядом, іноді приводиться поступова заміна заходів медичного характеру – переведення хворих на примусове лікування в лікарні зі звичайним психіатричним наглядом, а при стабільному покращенні стану хворих і закріпленні лікувального ефекту або за наявності інших причин зникнення соціальної небезпечності хворого – наступну його виписку під опіку органів охорони здоров'я, родичів та опікунів.

При виписці хворого за рішенням суду повинні бути обов'язково врегульовані питання його трудової орієнтації і стану працездатності, пенсійного забезпечення, житла, опіки й інші проблеми медико-соціальної реабілітації. Рекомендації з цих питань обов'язково повинні бути у висновках комісії лікарів-психіатрів, що подаються до суду згідно з процедурою зміни та припинення примусового лікування.

Необхідно зазначити, що загальна тривалість реабілітаційних програм і термінів перебування на примусовому лікуванні буває різною, але в Україні ці показники для осіб, які скоїли суспільне-небезпечні дії, в 1,5–2 рази менші, ніж за кордоном (наприклад, у Німеччині – близько 3 років, у Великобританії – 6 років, у США – 5–10 років і більше, аж до тривалості терміну ув'язнення за аналогічний злочин).

Примусове лікування відміняється на основі певних клінічних критеріїв, що свідчать про настання покращення психічного стану і відсутність суспільної небезпечності хворого. Так, хворим із шизофренічними розладами примусове лікування припиняється, коли досягнуто стійкої терапевтичної ремісії, в період, коли маячні ідеї або повністю піддаються зворотному розвитку, або зблідвають, припиняють носити систематизований характер, втрачають актуальність для хворого. Важливим показником є зникнення афективної забарвленості цих патологічних переживань. Про покращення також свідчить зникнення галюцинаторних переживань, синдрому психічного автоматизму Кандинського-Клерамбо з повним або частковим критичним ставленням до своїх психопатологічних переживань.

Отже, фактично час перебування хворого на примусовому лікуванні, як можна бачити з наведеного вище, визначається особливостями психічного статусу, тяжкістю захворювання та його перебігом.

Протипоказаним є рішення питання припинення примусового лікування хворим у період проведення активної терапії, а також хворим, які отримують великі дози нейролептиків, тому що в цих випадках оцінити якість ремісії неможливо.

При знятті примусового лікування хворим на епілепсію необхідно враховувати частоту нападів (припадків), зникнення присмеркових станів (потьмарень свідомості), виразність і частоту розладів настрою, наявність параноїдної налаштованості. Зняття примусового лікування показане тоді, коли виразно проявляється ефективність проведеної терапії психічного захворювання, що по-

значається в зменшенні чи повному зникненні афективної симптоматики і загальної напруженості, злості й агресивності. Важливим є ставлення самого хворого до лікування, тому що позитивний ефект нерідко дає тільки систематичне вживання відповідних медикаментозних препаратів. Коли хворий негативно відноситься до лікування, то відразу ж після виписки з лікарні він переважно припиняє приймати ліки, що нерідко призводить до збільшення епілептичних нападів та їх еквівалентів, погіршення стану.

У тих випадках, коли психічні захворювання ускладнюються хронічним алкоголізмом, хворим за відсутності протипоказань рекомендується проведення протиалкогольного лікування. Це стосується і випадків вживання інших психоактивних речовин, від прив'язаності до яких теж проводиться лікування.

Алкогольні психози в умовах стаціонару, як правило, лікуються порівняно швидко. Разом із тим, хворі, котрі лікувалися від алкогольних психозів, схильні до приховування своєї хвороби, тому що дуже швидко починають розуміти, які з їх висловлювань розцінюються лікарями як хворобливі. В цьому плані особливу небезпеку становлять ті хворі, в клінічній картині психозів яких присутні маячні ідеї ревнощів, особливо коли вдаються до такої дисимуляції. Порівняно раннє зникнення чи збліднення психопатологічної симптоматики, властивої алкогольним психозам, ще не свідчить про наявність показів для припинення примусового лікування. Відомо, що алкогольні психози виникають на тлі хронічної інтоксикації, а після зникнення психотичної симптоматики у хворих лишаються стійкі зміни у вигляді некритичного ставлення до свого зловживання алкоголем, подразливості, гнівливості, нестійкості настрою, негативного відношення до дружини і дітей. Ці особистісні зміни також потребують лікування із застосуванням медикаментозної терапії, реабілітаційних і медико-педагогічних заходів. Недостатнє врахування наявних особистісних змін і передчасна виписка хворих нерідко призводить до раннього рецидиву алкоголізму, повторних алкогольних психозів, що, як правило, протікають з ускладненням психічної картини.

Значні труднощі виникають при вирішенні питань припинення примусового лікування хворим із паранояльними станами різного генезису. Впорядкована поведінка таких хворих, їхні заяви про те, що вони раніше неправильно себе поводити, обіцянки більше не займатися реалізацією своїх паранояльних ідей, які нібито втратили для них актуальність, не завжди є клінічним показником видужання. У хворих із паранояльними синдромами частіше, ніж при інших формах психічних захворювань, спостерігаються явища дисимуляції. Дисимуляція таких хворих зумовлена особливостями змін особистості, збереженістю інтелектуальних функцій, які за відсутності дійсної критичної оцінки своїх хворобливих переживань дозволяє приховати їх, щоби надалі, після виписки з лікарні, реалізувати їх. Складність розпізнання дисимуляції полягає в тому, що паранояльні ідеї нерідко близькі за своїм змістом до реальних побутових мотивів і тому родичами не завжди розцінюються як хворобливі. Члени родини в таких випадках індукуються хворими,

сприймають за реальність їхні патологічні висловлювання та наміри.

При оцінці стану таких хворих у зв'язку з можливим зняттям примусового лікування потрібно з особливою ретельністю аналізувати особливості клініки і динаміки паранояльного синдрому та ґрунту, на якому він виник. Зворотній розвиток синдрому проходить повільно, разом з іншими паталогічними ознаками, а не ізольовано. Найбільш ранньою ознакою, що свідчить про зворотній розвиток, є збліднення афективних порушень і загальних реактивних явищ (налагоджується сон, втрачається афективна забарвленість патологічних переживань, з'являються реальні плани на майбутнє).

При вирішенні питань припинення примусового лікування особам, котрі хворіють на інші душевні хвороби, лікарські комісії також керуються клінічними ознаками, що свідчать про настання покращення і зміну суспільної небезпечності хворого. Виключення можливої дисимуляції проводиться за клінічними критеріями, але варто відзначити, що не завжди соціальна небезпечність хворого втрачається при повному його видужанні. У практиці зустрічаються випадки, коли захворювання переходить в іншу стадію, змінюється психопатологічна картина і хворий, не одужавши, стає менш соціально небезпечним. Відміна такому хворому примусового лікування або заміна форми примусового лікування чи заходів медичного характеру бувають цілком правомірними. Він у подальшому потребує подовження лікування в звичайній психіатричній лікарні і спостереження медперсоналу диспансеру на загальних засадах.

При припиненні примусового лікування лікарі-психіатри і суд завжди повинні враховувати ті соціальні умови, в які потрапляє хворий після виписки. Зовнішні щодо особи фактори мікросоціального оточення мають важливе значення в генезисі соціально небезпечної поведінки деяких психічно хворих, тому необхідна оцінка того, наскільки вони змінилися за час перебування хворих на примусовому лікуванні. Повернення хворого в попередні побутові умови чи антисоціальне оточення може призвести до відновлення його антисоціальних форм поведінки і повторних суспільно небезпечних дій.

Якщо під час примусового лікування у лікарів-психіатрів виникають сумніви у правильності висновків, які викладені в акті судово-психіатричної експертизи, проведеної під час розслідування кримінальної справи, то в таких випадках адміністрація лікарні призначає лікарську комісію, котра складає висновок, що відображає особливості стану хворого, які викликають сумніви у правильності експертної діагностики або вказують на виявлені ними факти, що суперечать висновкам у справі чи недостатньо доказові. Цей висновок передається в суд, де розглядається справа, і це може бути підставою для перегляду справи з урахуванням нових обставин і призначення повторної судово-психіатричної експертизи (ст. 418 КПКУ).

Щодо особи, котра скоїла інкриміноване їй правопорушення під час тимчасового розладу її психічної діяльності, питання застосування до неї заходів

медичного характеру вирішується з урахуванням клінічних особливостей (наприклад, виключного стану) та ґрунту, на якому воно виникло.

Коли існує хворобливо-змінене підґрунтя, що не виключає повторення тимчасового розладу психічної діяльності, то стосовно такого хворого виправдане застосування примусових заходів медичного характеру. Коли ж після закінчення тимчасового розладу психічної діяльності особа залишається практично здоровою, то призначати їй примусове лікування немає підстав, навіть тому, що перебування в психіатричному закладі може негативно вплинути на її здоров'я і бути протипоказаним.

Важливим заходом із попередження повторних суспільно небезпечних дій психічно хворих є організація позалікарняної допомоги і нагляду за ними. Динамічне, активне спостереження психдиспансерів, відповідна терапія підтримування, допомога у вирішенні трудових і житлових питань, а також встановлення опіки в необхідних випадках дозволяють належним чином здійснювати профілактику суспільно небезпечних дій психічно хворих.

За здійсненням заходів медичного характеру і примусового лікування встановлюється контроль як з боку органів прокуратури, так і охорони здоров'я.

ККУ передбачає примусове лікування від алкоголізму та наркоманії осіб, які вчинили злочини і відбувають покарання. Примусове лікування осіб, засуджених за вчинення злочину в стані сп'яніння, залежно від міри покарання проводиться в місцях позбавлення волі або спеціальних медичних закладах. Організація примусового лікування засуджених, які страждають на хронічний алкоголізм, регламентується ст. 411 КПКУ; лікувальний процес відбувається за місцем відбування покарання, в лікувальній установі місця позбавлення волі (статті 21, 117 КВКУ).

На основі висновку медичної комісії суд виносить рішення про застосування примусового лікування від алкоголізму під час відбування засудженим терміну покарання. Такий курс лікування проводиться двічі: при поступленні в такий заклад і за 2–3 місяці до звільнення з нього. У випадках, коли до часу звільнення з місць позбавлення волі лікування не буде завершено, засудженому, котрий потребує цього, адміністрація виправно-трудового закладу, за наявності відповідного медичного висновку, вносить у суд подання про подовження лікування такої особи в медичному закладі зі спеціальним лікувальним і трудовим режимом.

Особи, які страждають на хронічний алкоголізм і наркоманію, засуджені до видів покарання, що не пов'язані з позбавленням волі, підлягають примусовому лікуванню в медичних установах зі спеціальним лікувальним і трудовим режимом.

Повне завершення і подальше закріплення результатів лікування багато в чому залежить від наступності лікувальних і реабілітаційних заходів у медичних закладах, які повинні здійснювати відповідне лікування тим, хто звільнений від покарання.

Непримусові заходи медичного характеру також призначаються ухвалою суду в разі припинення примусових заходів медичного характеру (ст. 95 ККУ),

передбачають лікування хворих у психіатричних установах на загальних підставах, передачу хворих на піклування рідним чи опікунам за умови обов'язкового лікарського нагляду психіатричних диспансерів за місцем проживання. Контролюються ці заходи лише органами охорони здоров'я.

Деякі хворі, визнані судом неосудними, не потребують застосування до них примусового лікування. У цих хворих не знаходять перебігу форм психічного захворювання, а протиправні дії таких осіб зумовлені порушенням їх соціальної адаптації чи недостатнім наглядом. У цих випадках після припинення кримінальної справи хворі передаються на піклування органів охорони здоров'я, рідних та опікунів. Надалі добре організоване амбулаторне лікування, своєчасна госпіталізація при змінах психічного стану хворого, залучення його до лікувально-виробничих процесів, інших заходів медико-соціальної реабілітації та налагоджений нагляд можуть повністю попередити повторення антисоціальних вчинків психічно хворих.

Питання для самоконтролю

1. Мета судової психіатрії як науки.
2. Питання судової психіатрії.
3. Найбільш поширені форми психічних розладів у практиці судової психіатрії.
4. Перші історичні прояви невідповідальності психічно хворих у суді.
5. Вчені-психіатри, котрі виступали проти засудження психічно хворих і заклали основи судової психіатрії.
6. Теорії біологічного детермінізму й агностицизму та їхня суть.
7. Основні завдання судово-психіатричної експертизи.
8. Хто може бути судово-психіатричним експертом? Його права та обов'язки.
9. Чи має судово-психіатрична експертиза інстанції? Поясніть її процесуальну незалежність і рівнозначність.
10. На основі чого дається судово-психіатричний висновок?
11. Порядок призначення судово-психіатричної експертизи.
12. Які заходи медичного характеру застосовуються щодо психічно хворих?
13. Порядок призначення, продовження, зміни та припинення примусового лікування хворих на психічні розлади.
14. Хто може подавати клопотання при призначення судово-психіатричної експертизи?
15. Які контингенти осіб підлягають судово-психіатричній експертизі.
16. Завдання працівників слідства і суду при призначенні судово-психіатричної експертизи.
17. Форма постанови про необхідність проведення судово-психіатричної експертизи.
18. Організаційні форми судово-психіатричних експертиз. Амбулаторна судово-психіатрична експертиза, її переваги та недоліки.
19. Стаціонарна судово-психіатрична експертиза.

20. Форма акта судово-психіатричної експертизи та його оцінка.
21. Основна передумова провини.
22. Що означають в юриспруденції поняття “осудність” і “неосудність”.
23. Медичний (біологічний) критерій неосудності, його складові.
24. Юридичний (психологічний) критерій неосудності, його складові.
25. Судово-психіатрична оцінка психічних захворювань, які виникли після скоєння правопорушення, але до винесення судом вироку.
26. Як оцінювати свідчення, що були отримані до і після виникнення психічного захворювання?
27. Особливості медичного та юридичного критеріїв при констатації психічного захворювання до винесення вироку.
28. Які фактори впливають на похибки в свідченнях потерпілих і свідків?
29. Предмет і об’єкти досліджень судово-психіатричної експертизи під час досудового та судового слідства.
30. Суть альтернативної відповіді судово-психіатричних експертів на поставлене слідством і судом запитання про можливість особи свідчити.
31. Особливості судово-психіатричної оцінки свідків при олігофреніях різного ступеня.
32. Особливості оцінки свідків і потерпілих судово-психіатричними експертами при шизофренії, епілепсії, органічних ураженнях головного мозку.
33. Особливості оцінки свідків і потерпілих судово-психіатричними експертами при реактивних станах, алкоголізмі, у справах із безпомічністю потерпілого в стані сп’яніння.
34. Обстеження засуджених, у яких душевні розлади виникли до скоєння ними правопорушення і були встановлені під час відбування покарання в місцях позбавлення волі.
35. Особливості обстеження та заходи щодо засуджених, які захворіли на психічні розлади.
36. Зміст правоздатності і дієздатності особи.
37. Якими критеріями визначається недієздатність особи?
38. Що зумовлює визнання особи недієздатною у правовому аспекті?
39. Порядок розгляду справ про дієздатність.
40. Питання обмеженої дієздатності.
41. Форми судово-психіатричної експертизи у цивільному процесі (заочна, посмертна).
42. Поняття недієздатності і неосудності, їх різниця.
43. Питання, що розглядаються при судово-психіатричній експертизі в цивільному процесі (типові позови).
44. Мета примусового лікування і контингенти осіб, до яких воно застосовується; його види.
45. Визначення соціальної небезпечності хворого з психічними розладами.

46. Найбільш потенційно соціально небезпечні розлади психіки.
47. Вплив несприятливих зовнішніх факторів на соціальну небезпечність психічно хворих.
48. Показання до примусового лікування в психіатричних лікарнях загального типу.
49. Показання до примусового лікування в психіатричних закладах спеціального типу.
50. Примусове лікування в місцях позбавлення волі.
51. Вплив характеру змін психічного стану на застосування та заміну заходів медичного типу.
52. Заходи запобігання (попередження) повторних соціально небезпечних дій психічно хворих.

КОНТРОЛЬНІ ТЕСТИ

Тест № 1.

Яка мета судової психіатрії як науки?

- А) попередження та лікування загальних захворювань;
- Б) попередження та лікування психічних розладів;
- В) профілактика психічних захворювань у свідків, підозрюваних і засуджених;
- Г) вивчення психічних розладів у їх специфічному відношенні до певних питань кримінального, цивільного права і процесу.

Тест № 2.

Які юридичні підстави для призначення судово-психіатричної експертизи у процесуальному порядку?

- А) списки запитань до експертів, супровідні листки;
- Б) доручення органів слідства і дізнання;
- В) чутки про психічну неповноцінність обвинуваченого;
- Г) постанови слідчого, прокурора, органів дізнання, ухвала суду або одноосібна постанова судді у справі обвинувачення особи чи в порядку досудової підготовки цивільної справи.

Тест № 3.

Контингенти осіб, котрі можуть підлягати судово-психіатричному обстеженню.

- А) підозрювані, обвинувачені;
- Б) свідки, потерпілі;
- В) цивільні позивачі та відповідачі, а також особи, стосовно яких вирішується питання щодо дієздатності;
- Г) засуджені, в яких з'явилися психічні розлади;
- Д) особи, що не лікуються в психічних закладах.

Тест № 4.

Які складові поняття “юридичний критерій неосудності”?

- А) тимчасовий розлад душевної діяльності;
- Б) хронічна психічна (душевна) хвороба;
- В) інший хворобливий стан психіки;
- Г) інтелектуальна складова;
- Д) вольова складова.

Тест № 5.

Що є предметом дослідження при судово-психіатричній експертизі свідків?

- А) особливості і зміст показань
- Б) достовірність і правдивість свідчень;
- В) психічний стан досліджуваного;
- Г) зіставлення показань з іншими даними та матеріалами слідства.

Тема № 6.

Скільки понять входять до медичного критерію в разі визначення дієздатності-недієздатності?

- А) три;
- Б) чотири;
- В) два;
- Г) один.

Тест № 7.

Примусові заходи медичного характеру можуть застосовуватися до осіб:

- А) які вчинили злочин у стані обмеженої осудності;
- Б) які вчинили суспільно небезпечні діяння у стані неосудності;
- В) які вчинили злочин у стані осудності, але захворіли на психічну хворобу до винесення вироку або під час відбування покарання;
- Г) які вчинили злочин на ґрунті алкоголізму чи наркоманії;
- Д) до всіх вище вказаних категорій осіб.

РОЗДІЛ II. ОСНОВИ ЗАГАЛЬНОЇ ПСИХОПАТОЛОГІЇ

§ 1. Поняття про структуру та функції центральної нервової системи, вищу нервову діяльність і її розлади при психічних захворюваннях.

Структурно і функціонально нервову систему людини поділяють на центральну та периферичну. В свою чергу до їх складу входить вегетативна нервова система, яка автономно регулює роботу внутрішніх органів.

Центральна нервова система складається з головного мозку з великими півкулями кори головного мозку, підкорковими вузлами, мозочком і стовбуром мозку, а також спинного мозку, мозкових оболонок і спинномозкової рідини, що омиває мозкову речовину.

Периферичну нервову систему становлять периферичні нерви, які виходять за межі хребетного стовбуру від передніх і задніх корінців спинного мозку, що з'єднується з міжхребетними вузлами та волокнами вегетативної нервової системи.

Окремі нервові та психічні функції пов'язані з діяльністю певних ділянок кори головного мозку. При порушенні цих ділянок може наступати відповідно: сліпота, глухота, рухові дисфункції. Складні функції, умовно-рефлекторна діяльність відбуваються за умов інтегративної діяльності всієї кори головного мозку. Перехрещення більшості волокон довгастого мозку є причиною того, що ураження ділянки мозку з одного боку призводить до порушення відповідної функції з іншого.

Рефлекторна діяльність лежить в основі функціонування всієї нервової системи і визначає поведінкові реакції живого організму. Закономірна реакція нервової системи у вигляді визначених змін якої-небудь діяльності організму у відповідь на внутрішні чи зовнішні подразники називається **рефлексом**. Схематично принцип рефлекторної дії можна представити у вигляді рефлекторної дуги, що складається з трьох ланок: чуттєвої (рецептори або органи відчуття, де подразнення трансформуються у нервові імпульси), центральної (певні ділянки спинного та головного мозку – аналізатори, куди кожний вид інформації надходить специфічними провідними шляхами) та рушійної (виконавча команда передається від рушійних нервових центрів до робочих органів – м'язів, залоз). Вища нервова діяльність здійснюється також за рефлекторним принципом, але в цьому випадку значно ускладнюється додатковими механізмами й апаратами не лише центральна ланка рефлексу, де існує певний “апарат оцінки і корекції функцій організму”, а й чуттєва та рушійна ланки. Завдяки рефлексам живий організм пристосовується до існування в певних умовах навколишнього середовища, сприймаючи за допомогою своєї нервової системи та переробляючи інформацію, що надходить, і відповідно реагуючи на неї адекватними діями. Цей процес пристосування відбувається завдяки двом основним видам рефлексів – безумовним та умовним.

Засновник вчення про фізіологію вищої нервової діяльності І. П. Павлов назвав безумовними такі рефлекси, що характеризуються закономірною відповіддю на

певні подразники, наприклад, захисний (відведення кінцівки від вогню) чи харчовий (виділення слини при потраплянні їжі до рота). Отже, **безумовні рефлекс**и – це природжені, стійкі, відносно стереотипні рефлекси у вигляді специфічних афектів, які виникають у відповідь на певні подразнення відповідних апаратів сприйняття. До безумовних рефлексів вищого порядку зі складною поведінкою відносяться інстинкти, наприклад, самозбереження, харчовий, статевий, батьківський.

Складніші рефлекси, які виробляються на основі безумовних і становлять фізіологічну основу пристосування, навчання і пам'яті як тварин, так і людей, називаються **умовними**. Ще І. М. Сеченов показав, що “психічний” рефлекс відрізняється від простого тим, що в своїй середній ланці супроводжується психічними процесами у вигляді відчуття, уявлення, думки, почуття.

Класичним дослідженням вищої нервової діяльності, її рефлексорного принципу є експерименти І. П. Павлова з собаками. Умовні рефлекси у них вироблялися внаслідок поєднання годування зі сигнальними подразниками (світло лампочки, свисток). Після кількох поєднань таких подразників з їжею виділення слини починалося при ізольованому подразненні сигналом. Внаслідок такої рефлексорної-сигнальної діяльності в житті тварин і людей встановлюються зв'язки між окремими корковими пунктами чи джерелами подразнення, що суб'єктивно виявляється у вигляді асоціацій (наприклад, асоціативні спогади).

Вироблені в процесі життєдіяльності під дією обставин, які змінюються, умовні рефлекси міняються, забуваються, тому що не є спадковими та постійними. Змінюваність і тимчасовість умовних рефлексів – це велика перевага вищої нервової діяльності людини, яка дозволяє останній найкращим чином пристосовуватися до постійно змінних умов навколишнього середовища.

Було показано, що умовно-рефлексорна діяльність здійснюється на тлі взаємодії двох основних нервових процесів у корі головного мозку (збудження та гальмування) як умовного, так і безумовного, коли умовні рефлекси можуть згасати під дією раптових і надзвичайно сильних подразників.

Поступово, в процесі свого спілкування з навколишнім світом людина навчилася цілісному сприйняттю його особливостей за комплексом окремих подразників. Це сприяло розвитку специфічної для людини другої сигнальної системи, що відбулося завдяки появі мови й особливостям сприйняття людиною слова.

Різні співвідношення характеру, сили та рухливості основних нервово-рефлексорних процесів збудження і гальмування, властивих кожній окремій особі, дозволили виокремити 4 основні типи темпераменту, а, за цією аналогією, і 4 відповідні типи вищої нервової діяльності: 1) сильний, збуджуваний, невтримний (холерики); 2) сильний, спокійний, врівноважений, повільний (флегматики); 3) сильний, дуже швидкий, рухливий, врівноважений (сангвініки); 4) слабкий, загальмований (меланхоліки). З типом вищої нервової системи значною мірою пов'язані особливості реагування особи на зовнішнє середовище.

Характер і зміст усіх психічних захворювань визначається взаємодією таких

факторів, як особливості хворобливого впливу зовнішнього середовища та будови нервової системи, тип вищої нервової діяльності.

У судово-психіатричній практиці дуже часто спостерігаються наслідки взаємовпливу цих факторів у випадках т. зв. психогенних психічних розладів. Такі несприятливі соціальні фактори, як ситуація слідства і суду, втрата громадського становища, зрада чи втрата коханої людини, смерть рідних або близьких тощо можуть спричинити “збій” врівноваженості основних нервових процесів збудження і гальмування, особливо в осіб, котрі схильні до такого реагування на психогенний стрес через природжену неврівноваженість цих процесів. При цьому може порушуватися майже вся кора великих півкуль головного мозку або лише одна система чи комплекс умовних зв'язків знаходиться в стані надмірного гальмування чи збудження. У першому випадку, в умовах тотальної реакції на дію раптових, надзвичайно сильних і загрозливих для життя подразників, клінічні наслідки можуть набувати вигляду реактивного ступору або психомоторного збудження. В ситуаціях другого типу, коли реактивні процеси не охоплюють усієї кори головного мозку, можуть спостерігатися різні реактивні стани, стани зміненої свідомості, істеричні психози, фобічні синдроми. У випадках тривалої дії психотравмуючих факторів, коли охоронний характер гальмування поступово втрачається і з часом призводить до глибших порушень у діяльності нервових клітин, набуває рис “застійності”, стає можливим розвиток реактивної депресії, якщо порушуються емоційні реакції, і хвороба може набувати затяжного перебігу.

Застійність процесу збудження може стати патофізіологічною основою зорових, слухових, нюхових галюцинацій у разі його локалізації на рівні першої сигнальної системи, а також словесних, мовних; у разі існування інертності процесу – на рівні другої сигнальної системи. В основі настирливих станів, багатьох переживань при психоастенії, шизофренії лежить патологічна інертність процесів збудження у коркових клітинах, що пов'язані з чуттєвим пізнанням, почуттями, уявленнями. У процесі розвитку психічного захворювання найбільші порушення нервової діяльності відбуваються за принципом накопичення в тих “застійних пунктах мозку” і комплексах зв'язків, які в минулому вже проявлялися у складних життєвих ситуаціях і під дією стресогенних впливів.

Причини психічних захворювань дуже різноманітні і не в усіх хворобах встановлені остаточно. Найважливіші з них наступні.

Патологічна спадковість. Найчастіше спостерігається спадкова схильність до захворювання під впливом різних додаткових негативних факторів і складних умов життя. Ризик виявлення захворювання значно зростає при патологічній спадковості обох батьків. Так, наприклад, при захворюванні на шизофренію одного з батьків патологія виявляється у кожній шостій дитини, а при хворобі обох батьків – у кожній третій. Пряма передача хвороби від батьків дітям спостерігається лише у незначній частині психічних захворювань, переважно при олігофреніях.

Ураження головного мозку. Хвороба виникає, наприклад, внаслідок

перенесеної черепно-мозкової травми, розвитку склерозу судин головного мозку або дегенеративних процесів у мозкових нервових клітинах при старечих хворобах Альцгеймера, Піка.

Інфекції. Психічне захворювання спричиняє їх безпосередня дія на мозок (енцефаліти, менінгіти) або загальні інфекції (грип, вірусні інфекції, тиф, туберкульоз та ін.).

Гострі й хронічні інтоксикації. Психічні розлади проявляються внаслідок зловживання алкоголем, наркотичними й іншими психоактивними речовинами, дії отрутохімікатів і промислових токсичних речовин.

Аутоінтоксикація. Вона розвивається, наприклад, при розладі обміну речовин унаслідок хвороби печінки, нирок, щитоподібної залози, а також при шизофренії (фебрильна форма).

Стресогенні впливи тяжких психічних травм, соціальних потрясінь і природних надзвичайних ситуацій

Існують хвороби, які розвиваються швидко і закінчуються повним одужанням. До них відносяться, наприклад, гострі алкогольні психози, гострі інфекційні захворювання, гострі реактивні стани. Інші хвороби мають хронічний тривалий перебіг, поступовий розвиток їх клінічних проявів характеризуються певною динамікою і стадійністю.

У стадії передвісників з'являються головні болі, безсоння, подразливість, загальна слабкість, підвищена втомлюваність і зниження розумових можливостей і працездатності. Далі, в **початковій стадії – дебюті** хвороба “маніфестує” швидко чи поступово, виявляються галюцинаторні розлади, психомоторне збудження, маячні ідеї тощо. Надалі спостерігається розгорнута картина психічного захворювання зі швидким перебігом (гострим, злякисним) або уповільненим, довготривалим (хронічним), з поступовим розширенням хворобливих проявів при прогресуючих захворюваннях, які призводять до психічного дефекту (шизофренія, епілепсія, прогресивний параліч). Кінцева стадія – це **результат захворювання**, що може проявлятися в одужанні, покращенні (ремісії) чи завершуватися при прогресуючому психічному захворюванні деградацією особи.

Діагноз психічного розладу встановлюється відповідно до загальноновизнаних міжнародних стандартів діагностики та класифікації хвороб, травм і причин смерті, прийнятих МОЗ України. Діагноз психічного розладу не може базуватися на незгоді особи з існуючими в суспільстві політичними, правовими, моральними, релігійними, культурними цінностями або на будь-яких інших підставах, безпосередньо не пов'язаних зі станом її психічного здоров'я. Забороняється визначати стан психічного здоров'я особи та встановлювати діагноз психічних розладів без психіатричного огляду особи, крім випадків проведення судово-психіатричної експертизи посмертно (ст. 7 Закону України “Про психіатричну допомогу”).

У 1999 р. в Україні впроваджена нова (МКХ-10), яка значно відрізняється від попередньої класифікації, насамперед тим, що основна частина функціональної та

органічно обумовленої психічної патології представлена у вигляді синдромальних рубрик. Уведені нові рубрики, відсутній чіткий розподіл на психотичні і непсихотичні розлади, передбачене застосування двох і більше кодів із метою отримання найповнішої клінічної картини.

МКХ-10 використовує алфавітно-цифрову кодову систему. Тримірний код є обов'язковим рівнем кодування. Четверта і наступна цифри застосовуються для докладнішої характеристики психічного розладу.

Літера, перша і друга цифри коду визначають клас, групу розладів, до яких належить захворювання або розлад, і саме захворювання або розлад. Наприклад, F-20 – психічні розлади і розлади поведінки (F), шизотипні і маячні розлади (F-2), шизофренія (F-20).

Четвертий і наступні після крапки знаки коду характеризують форму, стан, етіологію й інші ознаки. Наприклад, F-20.00 – шизофренія, параноїдна форма, безперервний тип перебігу; F-02.83 – клас психічні розлади (F), органічні психічні розлади (F-0), деменція (F-02), деменція при уточнених хворобах, класифікованих в інші рубрики (F-02.8), у зв'язку з якою хворобою – епілепсією (F-02.83); F-32.00 – легкий депресивний епізод без соматичних симптомів.

Усі психічні розлади органічного походження згруповані у розділах F=00–F-09. В інших розділах застосовується принцип об'єднання станів із загальними клінічними проявами. Загальновизнані терміни “невротична депресія”, “ендогенна депресія”, “хронічний алкоголізм”, “алкогольний психоз” у МКХ-10 не використовуються, але мають відповідні аналоги у розділах F-10, F-33–F-34 та перебігу і важкості захворювання – у F-10–19, F-30–39 і т. д.

§ 2. Симптоми та синдроми психічних захворювань.

Психіатрія як медична наука в своїй назві поєднує дві складові – психо (душа) і ятрос (лікування), що в перекладі в древньогрецької означає – лікування душі. Як і багато інших клінічних дисциплін, психіатрія складається з двох великих частин – **загальної** (семіотики) або симптоматології психічних хвороб (психопатології), котра різнобічно вивчає окремі ознаки психічних захворювань – симптоми та їх певні поєднання, що мають закономірні внутрішні зв'язки – синдроми, а також **спеціальної**, яка досліджує окремі форми психічних захворювань (розладів).

З виявлення симптомів і синдромів починається обстеження хворих із психічними розладами. Взяті окремо, ізольовано, ні симптоми, ні синдроми не мають нозологічної специфічності (ще не визначають конкретну психічну хворобу), оскільки практично одні і ті ж клінічні прояви можуть зустрічатися при різних нозологічних формах, тобто психічних захворюваннях або розладах. Симптом набирає відповідного значення тільки тоді, якщо розглядається у рамках синдрому. Синдром має діагностичну цінність лише тоді, коли вивчається в динаміці захворювання, у співвідношенні з таким важливим критерієм, як особливості змін особи, що виникають під час перебігу психічної хвороби.

Психічні захворювання виявляються у порушеннях процесів сприйняття, мислення, емоцій, уваги, пам'яті, потягів тощо. З допомогою цих психологічних понять були описані найрізноманітніші симптоми психічних захворювань. Ця обставина сприяла появі уявлень про те, що окремі психічні порушення пов'язані з ураженням певних психічних функцій: галюцинації – це розлад сприйняття, маячення (марення, верзіння) – порушення мислення і т. д. Психіатрія досі користується психологічною термінологією при визначенні стану хворих, хоча психологічний принцип визначення і класифікації психічних розладів умовний, відносний і тимчасовий, тому що ще не існують адекватні фізіологічні підходи до оцінки психічних розладів. Через те у клінічній практиці ми фактично маємо справу з діагностичним аналізом більше 300 симптомів і синдромів психічних захворювань (розладів).

Симптоми (За сферами психічної діяльності).

Розлади сприйняття. Сприйняття – це відображення явищ і предметів оточуючої дійсності, які безпосередньо діють на органи відчуття.

Ілюзії – це помилкове (хибне) сприйняття переважно зором чи слухом реальних предметів або явищ, при цьому відображення реального об'єкта змішується з хворобливою уявою. Найчастіше вони виникають на тлі зміненого афекту чи свідомості. Однак і в звичайному стані можливі хибні сприйняття (хмару можна уявити як чиєсь обличчя, при фізичних ілюзіях скляна паличка “переломлюється” у воді).

Зорові ілюзії можуть бути **звичайними** за своїми проявами що одяга (висить на вішалці, сприймається як людська фігура, нахилена гілка дерева – як простягнена рука). Вони виникають переважно у напівтемряві чи при поганому освітленні, на тлі тривожного настрою. Зорові ілюзії, що іноді бувають **фантастичними, химерними** за змістом, називаються **парейдоліями**. Квітка на вікні сприймається як екзотична, велика рослина, а оточуючі предмети – як фантастичні істоти. Парейдолії найчастіше виникають на тлі різко вираженої тривоги, страху, при початкових стадіях потьмарення свідомості.

Слухові ілюзії або **вербальні** (лат. *verbum* – слово) в одних випадках є **елементарними**: краплі дощу сприймаються як шепіт, окремі різкі звуки – як постріли, а інших – у сторонніх розмовах чи звуках суб'єкт чує слова в свою адресу. Коли в тому, що чується, безперервно сприймаються цілі фрази, говорять про **ілюзорний галюциноз**. Вербальні ілюзії, зокрема ілюзорний галюциноз, звичайно мають осудливий або загрозовий зміст; для них характерні афект напруженої тривоги і підозріливість.

Галюцинації – це одна з форм порушень чуттєвого пізнання, коли патологічні сприйняття виникають без існування реального об'єкта чи подразника. Сприймаючись у просторі, галюцинації набирають чуттєвої виразності і не відрізняються галюцинуючими від предметів, які дійсно існують тобто мають для осіб характер об'єктивної реальності. За головною ознакою (аналізатором, у якому виникають) галюцинації поділяються на такі: зорові (оптичні), слухові (акустичні),

дотику (тактильні), нюхові, смакові, загального відчуття (кінестетичні).

Зорові галюцинації (видіння) можуть бути елементарними, мати невиразну форму чи, навіть, бути позбавленими її – **фотопсії** (іскри, полум'я, плями, спалахи, дим), і **складними**. Такі, що є чіткими в усіх, навіть незначних деталях – це конкретні люди, тварини, комахи, предмети, меблі, сцени різного змісту (похорони, стихійні лиха, збори). Зорові галюцинації можуть бути **безколірними, різнобарвними**, мати **натуральну** величину або **збільшені** чи **зменшені**. Вони то **нерухомі (статичні)**, то знаходяться в русі, зі постійним або таким, що **швидко змінюється** змістом (**калейдоскопічні**). Зорові галюцинації називають **сценоподібними чи кінематографічними** в тих випадках, коли мінливі з них мають складний зміст. Видіння майже завжди виникають на тлі потьмареної свідомості; їх супроводять афекти тривоги, страху, люті. Значно рідше вони викликають захоплення чи цікавість. Нерідко інтенсивність галюцинацій різко підсилюється ввечері або вночі, інколи вони виникають тільки в певний час доби.

Слухові галюцинації. Якщо вони виникають у формі елементарних немовних обманів, то називаються **акоазми** (такими є шуми, окремі звуки, шипіння, постріли). У випадках, коли чують окремі слова, фрази, говорять про **фонемі – вербальні** (словесні) галюцинації. Хворі часто називають їх “голосами”. Фонемі можуть належати знайомим і незнайомим особам, чоловікам, жінкам і дітям; можуть бути тихими чи приголомшливо гучними, такими, що знаходяться на одному місці, наближуються чи віддаляються. Іноді чути один голос – **моновокальні галюцинації** чи кілька, діалог – **полівокальні галюцинації**. Голоси можуть перегукуватися один з одним і звертатися безпосередньо до хворого. Зміст галюцинацій може бути різним: сварки, звинувачення, образи, погрози, насміхання, захист, втішання, занепокоєння, попередження, накази (**імперативні галюцинації**); реєстрація вчинків хворих (“Він зачинив двері, засвітив світло, повернувся боком” та ін. – **коментуючі голоси**).

Слухові галюцинації виникають, як правило, на тлі потьмарення свідомості. Вони супроводжуються подивом, страхом, а також найрізноманітнішими вчинками: пошуком того, кому належить голос, втечею, захистом, нападом, спрямованими проти інших чи самого себе діями, нерідко навіть дуже небезпечними діями (при імперативних галюцинаціях).

Нюхові галюцинації – уявні, неприємні чи приємні запахи (паленого, гнилі, нечистот, газів, квітів тощо).

Смакові галюцинації – неприємні або приємні смакові відчуття, що виникають у роті без прийому їжі.

Тактильні галюцинації (дотику) – неприємні відчуття, що виникають в шкірі чи під шкірою (лоскіт, повзання, тиск) і співвідносяться з певними неживими чи живими предметами (кристали, тверді предмети, дрібні тварини чи комахи тощо).

Вісцеральні (лат. *viscerum* – нутрощі) **галюцинації** – відчуття, подібні до вищеописаних при тактильних галюцинаціях, але з проекцією у внутрішні органи

(“гвіздок у голові”, “в животі жаби плавають” та ін.).

Галюцинації загального відчуття – впевненість, що неприємні відчуття, які є на поверхні тіла чи у внутрішніх органах, пов’язані з дією того чи іншого неживого об’єкта або живої істоти. Нерідко відбувається одночасна поява різних видів галюцинаторних подразнень.

Комплексні галюцинації – одночасна поява різних видів галюцинацій, наприклад, зорових, слухових, загального відчуття.

Функціональні галюцинації – це галюцинації, які за механізмом виникнення займають проміжне становище між власне галюцинаціями та ілюзіями. Вони з’являються тільки за наявності реального зовнішнього подразника і продовжуються не змішуючись із ним до тих пір, доки діє цей подразник. Хворий чує стукіт коліс поїзда й одночасно виникають слова в такт цьому, наприклад, “вбивця, вбивця, вбивця”.

Псевдогалюцинації – мимовільні, зазвичай, з відчуттям скоєності чи відчуженості, насильності тощо сприйняття, які не мають реального об’єкта. Їм властива інтропроекція образів, тобто вони локалізуються здебільшого не в об’єктивному, а в суб’єктивному внутрішньому просторі – “всередині голови, тіла”, бачиться і чується “подумки”, “розумом”, “внутрішнім оком”. На відміну від істинних галюцинацій, псевдогалюцинації не ототожнюються з реальними предметами, тобто не мають характеру “життєвості”, об’єктивної реальності. Водночас критичне ставлення до псевдогалюцинацій відсутнє, так само, як і сумніви в їх дійсному існуванні.

Псевдогалюцинації можуть бути: слуховими, зоровими, дотиковими, нюховими, смаковими, загального відчуття. Всі особливості, їм властиві, і тут можуть проявлятися. Зокрема, зорові галюцинації можуть бути й елементарними, і складними, безкольоровими та звичайного забарвлення, а також неприродно кольоровими; голоси “в думках” – тихими і голосними, одиничними і множинними. Сполучення псевдогалюцинацій із маяченням впливу та переслідування утворюють синдром Кандинського-Клерамбо.

Гіпнагогічні галюцинації – відіння чи слухові обмани, які виникають при закритих очах перед засинанням чи у дрімотному стані.

Гіпнопомпичні галюцинації – відіння чи різні слухові обмани, що виникають під час пробудження.

Галюциноз – стан безперервного галюцинування з переважно єдиним видом галюцинацій (значно рідше – в поєднанні кількох видів), у той час як інші психопатичні розлади (насамперед маячення) відступають на другий план або зовсім відсутні. Він виникає за ясної свідомості і при достатній збереженості й орієнтуванні всіх видів. Найчастіше трапляються слухові (вербальні) галюцинації, є також зорові та тактильні галюцинози.

Сенестопатії – різноманітні неприємні, важкі і такі, що дуже виснажують і змучують, відчуття стягування, переливання, лоскоту, рухомі і нерухомі та ін. Вони

виникають нерідко в різних частинах тіла, інколи без чіткої локалізації і не піддаються описанню. На відміну від галюцинацій, вони позбавленні предметності і не супроводжуються якими-небудь соматичними чи неврологічними розладами.

Метаморфопсії – викривлене сприйняття розмірів, форми просторового розташування реальних предметів. При цьому оточуючі предмети сприймаються пропорційно, але неприродно зменшеними, – **мікропсія** чи, навпаки, пропорційно, неприродно, аж до велетенських розмірів, збільшеними – **макропсія**. Оточуючі предмети можуть також сприйматися перекошеними, з перекосами, розтягненими, прикороченими чи звуженими – **дисмегалопсія**. Викривлене сприйняття простору, що супроводжується неприродним віддаленням чи, навпаки, наближенням предметів, називається **порропсією**.

Розлади схеми тіла – спотворене сприйняття форми, величини, розташування в просторі свого тіла загалом чи окремих його частин (голови, рук, ніг). Воно виникає за наявності зорового контролю і за його відсутності. Все тіло збільшується, набирає ваги і займає собою весь простір, в якому хворий у цей момент знаходиться: язик набухає і не вміщується в роті, голова зменшується і здається величиною в шпильку тощо. Метаморфопсії та розлади схеми тіла вчені інколи описують під загальною назвою – **психосенсорні розлади**.

Дереалізація – примарне, химерне, безбарвне, інколи схематичне, силуетне сприйняття дійсності, котра реально існує навколо. Може супроводжуватися сумнівами щодо реальності існуючого світу, людей, предметів. До такого типу розладів відносяться і феномени “вже баченого, вже почутого, вже пережитого” раніше (дежа вю – фр.), коли в незнайомій місцевості виникає настирливе, непереборне відчуття того, що тут уже колись доводилося бувати, таке вже колись бачити чи чути, а також “ніколи не баченого, ніколи не чутого, ніколи не пережитого” (жаме вю – фр.), коли знайома місцевість чи оточення сприймаються як незнайомі, відомі люди, родичі чужими чи незнайомими.

Розлади мислення

Мислення – це найвища і найскладніша форма відображення та пізнання об’єктивної реальності, встановлення й осягнення внутрішніх зв’язків між явищами та предметами навколишнього світу. Розлади сфери мислення зустрічаються при найрізноманітніших психічних захворюваннях.

Прискорення мислення (асоціативного процесу) – легкість появи та збільшення кількості асоціацій, що виникають без зупинок і поєднуються з поверхневими розумовими висновками, котрі базуються на випадкових висловлюваннях. Образні уявлення і порівняння домінують над абстрактними. Іноді прискорення мислення досягає інтенсивності **стрибка ідей (фуга ідеарум)**.

Затримка мислення – це коли кількість асоціацій зменшена, виникнення їх утруднене, уявлення збіднені, одноманітні. Такий стан часто тяжко переноситься хворими, вони говорять, що “отупіли”.

Закупорка мислення (шперунг) – раптова зупинка, перерва думки, її блокування. Хворий замовкає, втрачає думку, а, намагаючись змінити тему розмови, знову її втрачає через “закупорку”. Це відбувається за ясної свідомості, на відміну від епілептичного абсансу.

Інкогорентне мислення (без зв'язку) – мова є набором непов'язаних за змістом чи граматичною будовою слів.

Статечність (грузність, застигання) мислення – асоціації, що уповільнено, з утрудненням виникають, майже не зникають зі свідомості, чим заважають появи нових. Продуктивність мислення знижується, настає втрата здатності відокремлювати головне від другорядного, відбувається застрягання на другорядних деталях.

Персеверація мислення – домінування обмеженої кількості думок та уявлень над іншими протягом певного часу, коли на різні за змістом запитання може даватися однакова відповідь. “Як ви себе почуваєте?” – “Погано”; “Що у вас болить?” – “Погано” і т. д. (повернення до одного і того ж).

Резонерське мислення (резонерство) – підміна чітких і зрозумілих відповідей багатослівними та безплідними розмовами на тему поставленого запитання чи на теми, що не мають до питання конкретного відношення. Як правило, вони багатослівні, неконкретні.

Маячення (марення, верзіння) – хибне судження чи розумовий висновок, який виникає без відповідного приводу і не піддається виправленню, не дивлячись на те, що протирічить дійсності і всьому попередньому досвідові хворого, повністю охоплюючи його свідомість. Маячення протистоїть будь-якому, найвагомішому доказові, чим відрізняються від простих помилок мислення. Маячні тлумачення психічно хворих так чи інакше відносяться до них самих, їх життєвого досвіду, бажань, потягів, знань, побоювань тощо.

Маячення за своєю психопатологічною структурою й особливістю динаміки розділяють на 3 основних групи: **первинні, образні та афективні (чуттєві)**.

Первинні маячення

При них насамперед страждає логічне, раціональне пізнання, у той час як чуттєве (образне) вражається незначно. Патологічній інтерпретації (тлумаченню) підлягають як явища зовнішнього світу, так і суб'єктивні відчуття. Хибні тлумачення, підкріплені “доказами”, розробляються в деталях. Маячення стійкі і мають тенденцію до прогресуючого розвитку. Тривалий час первинні маячення можуть бути єдиною ознакою психічного захворювання.

Розрізняють наступні етапи (періоди) розвитку первинних маячень: інкубація, кристалізація, стереотипізація, термінальний стан.

У період **інкубації** виникають здогадки, різні співставлення і патологічно витлумачуються явища та події, що відбуваються в цей момент (це ж стосується і людських взаємовідносин, власних почуттів). Виникає багато нових, незрозумілих,

часто таких, що протирічать одне одному, розумових висновків і здогадок. Постійними є упередженість і недовіра до всього, що оточує. Фон настрою відзначається напруженістю, важкими передчуттями, неглибокою тривогою, певною пригніченістю. Французькі психіатри порівнювали стан таких хворих з тим, який спостерігається в осіб, котрі потрапили під слідство. Під час інкубації, в окремі моменти, в хворого ще коливається впевненість у вірності своїх розумових висновків. Вони піддаються сумнівам, може виникати непевне відчуття можливих помилок. Час від часу може проявлятися тривожне передчуття катастрофи, що насувається: все наповнене новим і незрозумілим змістом, все приховує в собі загрозу – т. зв. маячний настрій. Виникаючи у формі епізодів, останній може бути одним із симптомів переходу початкового періоду – інкубації – в наступний період розвитку – кристалізацію маячень.

На початку етапу **кристалізації** маячень хворі переживають “прозріння”, “відкриття”, “осягнення” чи нової, остаточної впевненості. Зникає гнітюче відчуття невпевненості, “все стає зрозумілим остаточно!”. Під час кристалізації відбувається поєднання в систему до цього окремих, розрізнених фактів. Система розширюється за рахунок нових уявлень, що збільшуються кількісно, а також патологічного тлумачення подій минулого життя – ретроспективні маячення. Складається розроблена в деталях маячна концепція.

Під час кристалізації маячень явно і на тривалий термін змінюється поведінка хворих. Тепер вона повністю може залежати від особливостей і змісту маячень. Якщо раніше хворі уникали відкритих зіткнень з уявними ворогами, то тепер переходять до дій проти них – симптом “активного переслідуваного – переслідувача”. В одних випадках хворі обмежуються численними скаргами і виявляють сутяжну поведінку, в інших, рідкісних – намагаються фізично знищити своїх опонентів, виявляючи агресію. Маячну поведінку хворого з первинним маяченням французькі психіатри висловили влучним виразом: “Він уникає, він захищається, він нападає”.

Маячення в період **стереотипізації**, ніби досягнувши остаточного розвитку, надалі залишаються в одній формі, без подальшого ускладнення за змістом, афективна насиченість натомість значно зменшується. Однак періодично можуть відбуватися загострення психічного стану, під час яких можливі протиправні дії.

У **термінальному стані**, що настає через багато років і навіть десятиріч після початку хвороби, відбувається поступове збіднення маячення та його розпад.

Первинне маячення може мати найрізноманітніший зміст. У процесі його розвитку проходить ускладнення початкового змісту і воно стає не моно-, а політематичним. Відбувається ускладнення у напрямку зростання ідей переслідування, якщо вони були від самого початку. Саме ж маячення переслідування ускладнюється за рахунок ідей величчя, своєї ніби-то переваги. В судово-психіатричній практиці найважливішими є стани з таким змістом маячних ідей: ревнощів, іпохондрії, переслідування, впливу, заподіяної шкоди,

винахідництва, надзвичайних фізичних і психічних можливостей, отруєння, еротичного та сутяжного характеру.

Маячення ревнощів (подружньої невірності) – непохитна переконаність, що особа, з якою хворий знаходиться у подружніх чи інтимних стосунках, зраджує йому з одною чи кількома особами. Він “помічає”, що близька людина стає неухважною, виявляє холодність в інтимних стосунках та ухиляється від них. Одночасно хворому починає здаватися, що особа починає більш ретельно займатися своєю зовнішністю, з’являтися вдома пізніше звичайного часу, виглядає незвичайно збудженою або зняквовілою. З часом хворий “виявляє”, що зустрічі коханців трапляються як поза домом, так і вдома. Він починає слідкувати за діями близької людини, раптово дзвонить на роботу, з’являється вдома в незвичайний час, перевіряє білизну тощо. Постійними стають вимоги хворого визнати факт зради, погрози і т. д. Зрештою, маячення ревнощів можуть проявитися в жорстоких насильницьких діях, часто – у вбивстві близької людини.

Іпохондричні маячення (маячення хвороби) – непохитна переконаність особи про наявність у неї невиліковної тяжкої хвороби. Поведінка хворих різноманітна. Одні вперто розробляють методи самолікування, інші постійно звертаються до лікарів різних професій. Такі особи починають підорювати лікарів у поганому ставленні до них, навіть у тому, що ніхто інший, як лікар, є винуватцем його страждань. Насильницькі дії проти медичних працівників у таких випадках нерідкі. Різновидом іпохондричного маячення є **маячення фізичної вади або повторності – дисморфофобія**. Переважно це стосується видимих частин тіла – обличчя, рук, ніг, будови тіла. Для виправлення уявного дефекту хворі застосовують небезпечні методи самолікування, настирливо вимагають операцій, навіть повторних.

Маячення переслідування – непохитна впевненість хворого в тому, що йому можуть нанести фізичну чи моральну шкоду або просто хочуть знищити. Відповідно до цього можуть відбуватися небезпечні, агресивні дії та зміни у поведінці хворих.

Маячення отруєння – непохитна впевненість хворого в тому, що його хочуть отруїти, що з метою його знищення таємно використовуються різні отруйні речовини, які додаються в харчі хворому, його страви або розпилюються в приміщенні, де він знаходиться, наносяться на його речі, одяг тощо.

Маячення впливу – непохитна впевненість особи в тому, що її думки, почуття і вчинки перебувають під впливом якоїсь зовнішньої сили, котра, здебільшого, має шкідливий, негативний вплив. У багатьох випадках воно має точне визначення – вплив током, атомною енергією, випроміненням, лазером, ультразвуком та ін. (див. синдром Кандинського-Клерамбо).

Маячення завданої шкоди (пошкодження) – непохитна впевненість у нанесенні хворому матеріальної шкоди, найчастіше шляхом псування, руйнування, підміни чи викрадення особистих речей, меблів, продуктів харчування тощо. Воно розповсюджується переважно стосовно осіб із найближчого оточення, в зв’язку з чим його нерідко визначають як **маячення малого розмаху**.

Маячення винахідництва – непохитна впевненість у тому, що зроблене теоретичне чи практичне відкриття має велике, універсальне чи незвичайне значення та корисне для людства. Завжди супроводжується надзвичайно впертою сутяжною поведінкою.

Маячні розлади сутяжного змісту (кверулянтська поведінка) – непохитна ідея боротьби за відновлення спалюженої справедливості, зокрема, захисту порушених прав хворого.

Маячення еротичного (любовного) змісту – непохитна впевненість, що певна особа має до хворого любовну пристрасть і намагається різними, навіть шкідливими для хворого засобами добитися його прихильності.

Образні маячення

При цьому виді маячних розладів, на відміну від первинних, домінує порушення чуттєвого пізнання. Маячні ідеї виникають без усякої системи, хаотично. Вони вже не “доказуються”, а сприймаються як існуюче знання, що супроводжується відповідними почуттями, наприклад, хворий сповіщає: “Я впевнений, я відчуваю, що мене хочуть пограбувати”. Домінують образні уявлення, які нагадують своєю наочністю і непослідовністю картини зі сну; свідомість заповнена ними. Навколишній світ сприймається так, як це буває при ілюзіях. Образні маячення завжди поєднують з іншими розладами. Різко порушується поведінка, вчинки хворих непослідовні і часто бувають імпульсивними (застрибують на ходу в транспорт, раптово на повному ходу з нього зістрибують, вчиняють несподівані напади тощо). Можуть виникати галюцинації, елементи синдрому Кандинського-Клерамбо, епізоди розладів свідомості. Образні маячення завжди супроводжуються вираженими змінами афекту, найчастіше у вигляді напруженої тривоги, страху.

Різновидами образних маячень є **маячення інсценування та маячення особливого значення**.

При маяченні інсценування (інтерпретації) – хворі говорять, що все довкола них підлаштоване, вдаване, їх розігрують, відбувається кінозйомка; оточуючі люди зовсім не ті, за кого себе видають, всі їхні вчинки мають відношення до хворого; його перевіряють, навчають, за ним слідкують і т. д.

При маяченні особливого значення – все навколишнє отримує в уяві хворого символічне значення: чорний колір означає не що інше, як близьку смерть хворого; молода жінка символізує спасіння тощо.

Зміст навколишнього світу стає дуже мінливим, в багатьох випадках всі згадки і сприйняття хворим його (предмети, люди, події) набирають фантастичного змісту. При цьому нерідко виникають антагоністичні маячення, при яких все сприймається як боротьба довкола особи хворого двох протилежних сил – добра і зла, світла і темряви (**маніхейське маячення** – від назви релігійного вчення маніхеїзму).

Для образних **фантастичних маячень** – характерні **ідеї величі (величності)**, коли відбувається грандіозне, неймовірне перебільшення хворим своїх духовних і

фізичних можливостей, сил, здоров'я, соціального становища і багатства, а також **ідеї релігійно-містичного, еротичного**, в деяких випадках – **космічного змісту** і типу: атомна війна, державні заколоти, стихійні лиха та ін.

Афективні (чуттєві) маячення

За своїм вони змістом відображають головний афект і великою мірою наближуються до образних, тобто і при них домінує порушення чуттєвого пізнання, але логічний елемент при цьому незначний.

При депресивних **формах** афективних маячень часто трапляються **ідеї самозвинувачення та гріховності** – впевненості в скоєнні тяжких, аморальних вчинків. Моральні та фізичні якості хворого в його уяві є лише негативними.

При маяченні **убогості, збіднення, злиденності** існує впевненість хворого у позбавленні його всіх матеріальних засобів існування. В деяких випадках депресивні маячення мають фантастичний зміст: хворий згубив увесь світ, ніколи не перестане страждати і не помре і т. д. – це **маячення Котара**. Коли хворі висловлюють впевненість у тому, що його нутрощі чи організм загалом руйнуються, то говорять про **нігілістичний тип маячення**. Прикладом **нігілістичного мелагоманічного маячення Котара** можуть бути висловлювання, коли хворий упевнений, що його нутрощі розклалися, лави гною розтікаються і затоплюють світ.

Усі види депресивних маячень здебільшого дуже бідні на деталі, розробка їх змісту майже відсутня.

Серед **експансивних форм маячення** найчастіше виникають ідеї величч (величності), реформаторства, виключних моральних і фізичних здібностей.

У практиці від маячних **ідей** необхідно відрізнити **надцінні ідеї та маячноподібні фантазії**.

Надцінні ідеї – це тлумачення, які виникають завдяки реальним обставинам. Їм супутня надзвичайно сильна, довготривала афективна забарвленість. З'явившись, вони отримують у подальшому стійке, домінуюче становище на довготривалий час порівняно з іншими думками та уявленнями.

Маячноподібні фантазії – з'являються в умовах психотравмуючої ситуації, зокрема, при арешті, слідстві чи невдовзі після початку утримання під вартою, різних за змістом висловлювань, у яких наявні ідеї величч, переслідування, завдання шкоди, самозвинувачення чи мегаломанічного змісту.

На відміну від маячень, вони позбавлені непохитної впевненості, мінливі за своїм змістом, залежать від зовнішніх моментів, інколи відображають приховані страхи та бажання; Супроводжуються розрахованою на оточуючих поведінкою з елементами гри і театральності; зникають під впливом зовнішніх умов, наприклад, при переведенні з тюрми до лікарні.

Нав'язливі (настирливі) явища, стани (обсесії – від лат. – захоплювати, заволодіти). Сутність цих явищ полягає у примусово-настирливому, мимовільному, невтримному виникненні у хворих думок, уявлень, спогадів, сумнівів, страхів,

бажань, рухів, дій за наявності усвідомлення їх хворобливості і постійних намагань суб'єкта з ними боротися.

Нав'язливості (обсесії) умовно підрозділяють на 2 групи: **абстрактні**, що не супроводжуються виразними афектами, й **образні**, при яких афективний компонент є постійним.

Абстрактні обсесивні явища: нав'язливе рахування (підрахунок поверхів будівель, проїжджих машин тощо); нав'язливі спогади (згадування імен, телефонів, назв та ін.); переважно (нав'язливі думки та роздуми, мудрування (розумова жуйка) – виникнення питань абстрактного змісту, звернених до самого себе. Кожне таке питання тягне за собою виникнення нових, наприклад: “Що таке Земля?”, “Де верх і низ Землі?”, “Чому люди нею втримуються?” і т. д.

Образні нав'язливості – чуттєві, супроводжувані тяжким афективним змістом обсесії. Їх є кілька.

Нав'язливі сумніви – мимовільно виникаюча, докучлива невпевненість у вірності і завершеності своїх дій, що супроводжується багаторазовим їх повторенням і перевіркою; наприклад, хворий багато разів повертається, щоби перевірити, чи добре зачинені двері.

Нав'язливі слова висловлювання – часто лайливі та непристойні вирази щодо поважних осіб.

Нав'язливі спогади – невідв'язні спогади якої-небудь неприємної чи тяжкої життєвої події минулого.

Нав'язливі потяги, бажання (конвульсії) – поява всупереч волі, бажань і потягів скоїти ту чи іншу, часто небезпечну дію: вдарити людину, котра є поряд, при відсутності негативного ставлення до неї; кинутися під транспорт, що під'їжджає, і т. п.;

Нав'язливі дії – рухи, які відбуваються мимоволі, наприклад, знизування плечима у невідповідній ситуації.

Нав'язливі страхи (фобії) – найбільш розповсюджена форма настирливих станів другої групи розладів афективних т. зв. тривожно-фобічних:

страх відкритого простору (агорафобія) – страх перейти вулицю чи площу;

страх закритого простору (клаустрофобія) – страх лишитися одному в закритому просторі.

Інші різні страхи – страх висоти, гострих предметів, почервоніти й ін.

Виникнення афективно-забарвлених нав'язливих явищ завжди супроводжується появою вегетативних симптомів: тахікардії, пітливості, збліднення чи почервоніння, задишки тощо. Нав'язливі стани супроводжуються **переважно компульсивними діями (обсесивними нав'язливими ритуалами)** – за типом обов'язкових дій, які ритуально виконуються, наприклад, для попередження уявних нещасть: той, хто страждає на страх забруднення, через певні проміжки часу старанно вимиває руки; перш ніж сісти, хворий обов'язково повертається кілька разів довкола.

Розлади в сфері емоцій і почуттів

Емоції і почуття визначають ставлення людини до зовнішніх чи внутрішніх подразників із відображенням об'єктивних взаємовідносин предметів і явищ оточуючого світу. Залежно від тривалості і ступеня виразності почуття розрізняють:

настрій – тривалий емоційний стан, що не має значних коливань інтенсивності;

пристрасть – дуже довготривала, інтенсивна емоція, яка має для особи певну значимість і стосується задоволення високих і нижчих потреб, визначається елементами волі, наполегливості і цілеспрямованості;

афект – короткочасна, дуже виразна гранична емоція, що, здебільшого, виявляється у вигляді спалаху, розряду і має визначене спрямування (розпач, гнів, лють). Виокремлюють дві форми афекту – фізіологічний і патологічний.

Патологічний афект відзначається затьмаренням свідомості, є за своєю сутністю психотичним станом. Конкретним такими станами є:

дисфорія – переважно похмурий, зловбий, невдоволений настрій. Цей розлад почуття поєднується з подразливістю, сварливістю, агресивністю і може передувати епілептичному нападові чи бути його психічним еквівалентом;

меланхолія – тужливий, похмурий настрій, який супроводжується намаганнями усамітнитися;

апатія – збайдужіння до себе і всього оточуючого, повна відсутність емоційного реагування та зацікавленості.

Гіпотимія (депресивний афект, депресія) – пригнічений, меланхолічний, тоскний настрій, глибока скорбота, туга, нудь з невиразним відчуттям нещастя, що насувається, і важкими фізичними відчуттями: стиснення в грудях, у ділянці серця, в усьому тілі (вітальна туга). Для хворих характерними є відчуття своєї власної нікчемності, втрата апетиту і відраза до їжі, зниження потягів, порушення сну, запори тощо. Коли депресивний афект неглибокий, говорять про **субдепресію** або **гіподепресію**.

Ейфорія – підвищений, радісний настрій, пасивна веселість, безтурботність, блаженство; переважають пасивність та оптимізм. Критичне ставлення до себе і всього оточуючого, рівень тлумачень бувають різко зниженими. Нерідко значно розторможені нижчі потяги, що призводить до ненажерливості, пияцтва, сексуальних ексцесів.

Морія – веселе збудження і підвищений настрій поєднується з потягом до клоунади, пустощів дитячого типу, безглузких жартів при наявності відчутної інтелектуальної слабкості; нерідко спостерігається в олігофренів.

Екстаз – почуття піднесення, захоплення, небувалою найвищого щастя; інколи супроводжується високими думками і промовами.

Рауш-манія – піднесений настрій поєднується з легкою зміною свідомості – обнубіляцією (від лат. nubile – хмаринка, затуманення); зовні хворі подібні на легко сп'янілих.

Гіпертимія (маніакальний афект, манія) – емоційний підйом найвищої

виразності. Спостерігається тривале й інтенсивне підвищення настрою з підсиленням потягів, невтомною діяльністю. Відбувається загострення пам'яті, прискорення мислення і мови, поверхневність суджень, переоцінка власних можливостей доходить до появи манії величності (тут манія в сенсі марення). Із супутніх вегетативних розладів характерні скорочення чи відсутність сну (безсоння), прискорення пульсу. При невеликій інтенсивності маніакального афекту говорять про гіпоманію.

Вольові розлади.

Вольові (акти) – це дії, спрямовані на досягнення свідомо поставленої певної мети, реалізацію внутрішніх спонукань:

гіпобулія – зниження вольової активності;

гіпербулія – надмірне посилення вольової діяльності, загальної активності і спонукань;

абулія – повна відсутність вольової діяльності, бажань, збайдужіння;

парабулія – спотворена, перекручена вольова діяльність з розладами поведінки у формі негативізму, імпульсивності, стереотипності і неадекватності дій (кривляння, гримаси, незвичайні рухи);

гіпокінезія – рухове пригнічення, що супроводжується збідненням та уповільненням рухів;

ступор – залякання, повне знерухомлення зі зміною м'язового тону (наприклад, при кататонічному ступорі);

гіперкінезії – рухові збудження, серед яких розрізняють: маніакальне, кататонічне (з переважанням мовних і рухових стереотипів), тривожне (ажитація), депресивне (меланхолічний раптус), епілептичне (супроводжує дисфоричний стан), еретичне (безглузді, інколи руйнівні дії олігофренів), галюцинаторне (під впливом погрозливих галюцинацій), панічне.

Імпульсивні явища (стани) становлять імпульсивні дії та потяги.

Імпульсивні дії відбуваються без контролю свідомості, виникають при глибоких порушеннях психічної діяльності. На відміну від obsesивних (нав'язливих) явищ, тут немає боротьби мотивів, дії майже автоматичні. Вони раптові, стрімкі, немотивовані і безглузді. Трапляються переважно при наявності станів потьмарення свідомості – образних маяченнях, кататонічному збудженні, меланхолічному раптусі. Хворі можуть раптом наносити удари незнайомим, випадковим особам, вчиняти тяжкі руйнівні дії тощо.

Імпульсивні потяги або розлади звичок і нахилів (потягів), (за МКХ-10 – F-63) – це постійно, час від часу гостро виникаючі устремління, потяги, що підкорюють собі всю поведінку хворих, всі їхні думки, уявлення та бажання. Спогади про час їх дії неповні, непослідовні, уривчасті. В деяких випадках імпульсивний потяг після завершення його реалізації може, після попереднього дисфоричного афекту (як при психопатіях), навіть усвідомлюватися критично як ненормальне явище, але без можливості це здолати.

Патологічне захоплення азартним іграми (гемблінг) виявляється у частих повторних епізодах участі в азартних іграх, що займає центральне місце в житті особи і призводить до професійної та соціальної деградації, втрати матеріальних і сімейних цінностей. У судово-психіатричній практиці такі особи зустрічаються в зв'язку з розглядом справ про фінансові порушення і невиконання сімейних обов'язків.

Патологічна схильність до підпалів (піроманія) – дуже частий психічний розлад і виявляється у постійному прагненні особи до вчинення підпалів та отримання нею задоволення від милування полум'ям вчиненої пожежі. Характерним для цього психічного розладу є відчуття дискомфорту й емоційної напруги перед вчиненням підпалу і виникнення відчуття розрядки та радісного збудження після побаченої пожежі.

Патологічна схильність до крадіжок (клептоманія) – імпульсивне бажання вкрати будь-які предмети. Таке бажання виникає періодично, в різних ситуаціях, при цьому мотив матеріального збагачення повністю відсутній, а сама крадіжка непотрібних для використання самим хворим дрібних речей не приховуються, бо речі або складаються, або викидаються. Для kleptomana бажання вчинити крадіжку є особистим, підсвідомим і нездоланим, а цінність чи необхідність вкраденої ним речі не має для нього жодного значення. Цей розлад зустрічається навіть у добре матеріально забезпечених і вихованих осіб. Так само як і при піроманії, ці акти приносять хворому емоційну та психічну розрядку і задоволення.

Трихотиломанія – схильність до висмикування волосся.

Патологічна схильність до бродяжництва (дромоманія, вагабондаж або поріоманія) – це періодично виникаюче, непереборне стремління до постійної зміни місць, поїздок, бродяжництва: без вагань покидаються сім'я, робота, навчання; хворі в такому стані опиняються в інших містах, на вокзалах, часто без грошей, кудись їдуть, при цьому не переслідуючи якоїсь певної мети. При нормалізації стану психіки хворі самі повертаються додому.

Згідно з МКХ-10 виокремлюються 2 типи патологічних сексуальних потягів: **розлади статевої ідентифікації F-64 і розлади надання сексуальної переваги F-65 – т. зв. парафілії.**

Зміна сексуальної орієнтації – гомосексуалізм (мужолозтво і лесбійство) нині в нашій країні не розглядаються як психічні розлади, за винятком насильницьких гомосексуальних дій, що передбачають кримінальну відповідальність.

Транссексуалізм – розлад статевої ідентифікації, характерною рисою якого є заперечення хворим його біологічної статі, що викликає у нього відчуття дискомфорту. Особи з транссексуальними розладами відчують відразу до власного тіла, особливо до статевих органів. Транссексуали носять одяг, який не відповідає їхній статі, змінюють зовнішній вигляд за допомогою косметики, часто вдається до хірургічних втручань зі зміни статі. Інколи такі особи ведуть подвійний спосіб життя, при цьому сексуальна сторона для них не має значення, а періодично

змінюється лише зовнішність (трансвестити).

За наявності значної глибини психічного розладу, за письмовою згодою пацієнта, при відповідних рекомендаціях хірургів і психіатрів може проводитися хірургічна операція зі зміни біологічної статі.

Розлади надання сексуальної переваги (парафілії) – це правдиві (дійсні) викривлення статевих потягів (сексуальні збочення), що повністю або частково замінюють нормальне статеве життя. Формуючись до настання статевої зрілості, від простих до складніших форм, з часом, особливо під впливом алкоголізації й інших видів негативного соціального досвіду, такі сексуальні розлади набувають все більше брутального та агресивного характеру, чим і обумовлене їх судово-психіатричне значення. Є кілька проявів парафілій.

Фетишизм (сексуальний символізм) – це коли сексуальне збудження і задоволення в особи виникають при спостереженні, отриманні різних предметів нижнього одягу особи протилежної статі. Задля оволодіння такими предметами часто скоюються крадіжки. Серед різновидів фетишизму: **нарцисизм** – власне тіло стає об'єктом статевого потягу і задоволення; **трансвеститицизм** – переодягання з цією ж метою в одяг протилежної статі; **пігмаліонізм** – зображення людського тіла і його частин відіграють роль фетиша.

Ексібіціонізм – сексуальне збудження і задоволення отримуються тоді, коли особа оголює власні статеві органи перед особами протилежної статі, найчастіше чоловіки перед жінками і дітьми, без намірів здійснити статевий контакт. Така поведінка є переважно причиною притягнення цих осіб до кримінальної відповідальності за хуліганство. Різновидом ексгібіціонізму є **кандаулезизм** – демонстрація з цією ж метою власної оголеної сексуальної партнерки (дружини) стороннім чоловікам.

Вуайєризм – потяг до підглядання за статевими актами чи оголеними об'єктами власної статевої зацікавленості, надмірне захоплення порнографією.

Педофілія – сексуальний потяг до дітей. Частіше буває у чоловіків похилого віку, включаючи осіб зі статевими вадами. Жертви, як дівчатка, так і хлопчики, часто стають об'єктами насильницьких дій, у т. ч. з тяжкими фізичними і психічними наслідками, особливо при поєднанні педофілії зі садизмом. Особи з ознаками педофілії часто можуть обирати професії, що пов'язані з контактами з дітьми (вихователі, вчителі, медпрацівники).

Садомазохізм або садизм (алголагнія активна) – статеве збудження і задоволення особи можливі в результаті спричинення нею болісних страждань, іноді тяжких тілесних ушкоджень сексуальному партнерові і навіть вбивства його.

Мазохізм (алголагнія пасивна) – отримання сексуального задоволення від власних страждань, коли особа сама піддається приниженню, побиттю чи тортурам, які спричиняються сексуальним партнером. Ці розлади часто зустрічаються разом.

З практики відомо, що такими хворими найчастіше вчиняються серійні вбивства, згвалтування, садистські дії. Розкриття цих злочинів є надзвичайно складним,

оскільки у звичайному житті такі особи нічим не відрізняються від оточуючих у своїй психічній діяльності.

Геронтофілія – сексуальний потяг до осіб старечого віку, часто супроводжується садистськими діями, вбивством жертв.

Некрофілія – статевий потяг до трупів; крайній її прояв – некрофагія коли з'їдаються окремі частини трупа. Некрофіли, частіше чоловіки, бувають переважно працівниками моргів, кладовищ.

Скотолозтво – скоєння статевого акту з тваринами.

Визначають також **множинні та неуточнені** розлади надання сексуальної переваги.

Враховуючи особливу складність **судово-психіатричної оцінки злочинів і соціальнонебезпечних протиправних діянь, вчинених на ґрунті сексуальних розладів**, необхідно вказати, що передовсім визначається наявність у досліджуваного основного психічного захворювання, яке могло спричинити такі розлади. У випадках, коли такі розлади виникають у хворих на шизофренію, маніакально-депресивний психоз чи іншу душевну хворобу, вирішення експертних питань залежить від виразності і глибини проявів основного психічного захворювання. Правдивим (дійсним) розладам властиві: повторюваність, однотипність дій, відсутність матеріального зацікавлення і намагань приховувати діяння, патологічна мотивація, підкорення потягу дій характеру.

Коли ж у досліджуваних осіб виявляються лише ознаки психопатій, а не дійсно розладів потягів правдивого типу, вони визнаються осудними, оскільки можуть усвідомлювати фактичний характер своїх суспільнонебезпечних дій, що кваліфікуються за відповідних умов як кримінальний злочин. Неосудними частіше за інших визнаються у практиці судочинства особи з піроманічними розладами.

Розлади пам'яті

Пам'ять – це здатність сприймати (запам'ятовувати), втримувати (фіксувати) і відтворювати враження, відомості, окремі чи сукупні факти з минулого досвіду.

Амнезія – відсутність пам'яті, частіше на якісь певні відрізки часу, безпам'ятство.

Ретроградна амнезія – відсутність у пам'яті спогадів про події, що передували розвитку порушень психічної діяльності чи початку психічного захворювання. При цьому неможливе відтворення подій та обставин, які мали місце перед втратою свідомості (наприклад, внаслідок черепно-мозгової травми) чи його потьмаренням (при епілепсії) або розвитком інших психічних розладів. Тривалість втраченого в пам'яті часу становить від кількох хвилин до багатьох років.

Антероградна амнезія – втрата спогадів про події, що безпосередньо відбувалися після закінчення безсвідомого стану, потьмарення свідомості чи інших психічних розладів. Охоплює проміжки часу від кількох хвилин до годин, днів, рідко – тижнів.

Антеро-ретроградна амнезія – поєднання обох попередніх типів амнезії:

випадіння з пам'яті багатьох подій, які передували хворобливому стану, а також подій, що відбувалися після цього.

Фіксаційна амнезія – втрата здатності запам'ятовувати поточні події (основна ознака Корсаковського синдрому).

Прогресуюча амнезія – втрата здатності запам'ятовувати, відтворювати події, починаючи з останнього часу до подій давнього минулого, в т. ч. юності, дитинства. Втрата матеріалу пам'яті в послідовності, оберненій до порядку його накопичення, відбувається від новітнього до старого, від індивідуального, вибраного до загального (за законом Рібо).

Ретардована (відставлена, запізніла) амнезія – забування подій, що були під час психічного розладу, в т. ч. причин цих подій. Трапляється не одразу після закінчення хворобливого стану, а лише через деякий проміжок часу, тому хворий може спочатку багато розповісти про обставини та причини кримінальної події, а пізніше вже не в змозі це зробити (тут вчасний допит інколи рятує цінне для слідства свідчення).

Гіпомнезія – послаблення пам'яті.

Палімпсест (зіскоблення пам'яті) – неможливість повного відтворення в пам'яті і свідомості окремих деталей, епізодів або подробиць подій, які відбувалися під час алкогольного сп'яніння. Такий розлад відноситься до передвісників алкогольної амнезії, ознаки хронічного алкоголізму.

Парамнезії – обмани пам'яті; найважливішими з них є псевдоремінісценції та конфабуляції.

Псевдоремінісценції – це події, що в дійсності відбуваються, але перенесені в інший час.

Конфабуляції (хибні, неправдиві спогади) – повідомлення, “спогади” про події, яких насправді не було.

Конфабуляторна сплутаність (конфабульоз) – інтенсивне, за короткий термін часу послідовне виникнення множинних конфабуляцій. У цьому стані хворий сприймає незнайомих за давно померлих родичів, лікарняне приміщення за фабрику і т. д. Фабула одного повідомлення може існувати одночасно з іншим, хоч і не бути пов'язаною одним змістом. Висловлювання вкрай непослідовні, супроводжуються розладами орієнтування.

Розлади уваги

Увага – це здатність до зосередження та спрямування нашої свідомості, основних сфер вищої нервової діяльності на певні предмети і явища, а також процеси життєдіяльності людини, від чого, в кінцевому підсумку, залежить якість відображення навколишнього світу. Вона може бути пасивною та активною.

Пасивна увага обумовлюється об'єктами без нашого попереднього бажання розпізнати їх, наприклад, у результаті раптового інтенсивного звуку або світлового сполоху.

Активна увага спрямовується на ті чи інші об'єкти при необхідності

виконання якого-небудь завдання і відповідно скеровується волею людини.

Залежно від властивостей і закономірностей уваги (ступінь концентрації, обсяг, розподіленість, переключення, стійкість, відвертання) визначають кілька найбільш частих її порушень.

Апрозексія – повна відсутність уваги, її випадіння.

Загальмованість – в'ялість уваги, зниження її активності, коли, наприклад, при депресії хворий не може попри своє бажання слідкувати за зовнішніми подіями.

Астенічне зниження, виснажуваність – нестійка, із забрудненим зосередженням, нетривала увага.

Звуження – зменшення уваги за обсягом і розподіленість її між кількома об'єктами; увага хворого зосереджується та обмежується лише ситуативно значущими об'єктами (при органічних розладах).

Інертність (малорухомість), застрягання, “присипання” – патологічна фіксація, порушення переключення уваги (погляд в одну точку при шизофренічному ступорі).

Однобічне спрямування – спрямованість уваги на щось одне, наприклад, на своє здоров'я (хворий думає тільки про свою хворобу при іпохондричних розладах психіки).

Підвищене відвертання – підвищене відволікання, неможливість зосередити довший час увагу на одному об'єкті чи темі (властиве маніакальним станам із прискорення мовлення).

Основні синдроми психічних захворювань

Синдроми є сукупністю пов'язаних між собою типових симптомів. Послідовна зміна синдромів обумовлює безпосередню клінічну картину хвороби та відображає патогенетичні закономірності її розвитку. Наведені нижче синдроми психічних захворювань розташовані у послідовності зростання їх важкості і генералізації.

Невротичні синдроми

Найчастіше зустрічаються синдроми астенічний, істеричний і настирливих (нав'язливих) станів. **Астенічний синдром** – найбільш загальні та розповсюджені психічні розлади, що виникають при будь-якому психічному захворюванні. Характеризуються такими ознаками, як подразливість, загальна слабкість, гіперестезія, підвищена втомлюваність, нестійкий настрій, непосидливість. Хворі не переносять фізичного навантаження, температурних перепадів, стають невдоволеними, через дрібниці в них з'являються песимізм і плаксивість, які можуть легко змінюватись оптимізмом і конформною поведінкою. Все складніше стає виконувати звичну роботу, через розсіяність уваги вони не можуть сконцентруватися на головному. Приєднуються розлади сну і вегетативні порушення: тахікардія, пітливість, розлади судинного типу.

Істеричний синдром. Його визначальною ознакою є емоційна нестійкість (лабільність) хворих, що проявляється бурхливими, але швидко змінюючими одне

одного відчуттями: обуренням, неприязню, вияви радості і симпатії. Мова образна, переважають явні перебільшення реальних подій, в яких бажане підмінює дійсне. Міміка та рухи виразні, експресивні, інколи театральні. Для хворих характерна підвищена навіюваність і самонавіювання. Зі психічними часто співіснують різні фізичні, вегетативні (порушення сну, серцево-судинні, гіпергідроз тощо) і неврологічні (“випадіння функцій” у вигляді рукавичок, шкарпеток, парезів) розлади.

Синдроми настирливих (нав’язливих) станів (обсесивно-компульсивний розлад F-42) переважно стійкі; в одних випадках – лише окремі симптоми (наприклад, настирливе рахування, агорафобія), в інших – різні нав’язливі стани (докладніше див. розділ “Симптоми”).

Емоційні (афективні) синдроми – одні з найбільш загальних психічних порушень. За своєю частотою вони поступаються лише астенії. Основу їхню становлять розлади настрою (сукупність почуттів, що надають забарвлення усім пережиттям людини на протязі значного проміжку часу).

Маніакальний синдром характеризується підвищеним, радісним настроєм (гіпертипія), прискоренням мислення та підвищеною діяльністю, що становлять т. зв. маніакальну тріаду основних складових симптомів. При розвитку вказаних явищ з’являється безпідставний оптимізм, потреба у зміні вражень, відчуття припливу сил, фізичного комфорту. Хворі стають гомінкими, легко знаходять відповіді, хоча більше поверхневі за змістом, декламують і намагаються писати вірші. Увага загострена, але нестійка і легко відволікається. Гарячкова діяльність має розкиданий характер, почате не доводиться до кінця. В цю клінічну картину вкладається т. зв. **весела манія**.

Гнівлива манія: підвищення настрою та мовно-рухове збудження супроводжується подразливістю, нав’язливістю, настирною прискіпливістю, спалахами гніву і злості.

Сплутана манія: різке підвищення настрою поєднане з безладним мовним і руховим збудженням.

Депресивні синдроми

Депресивний синдром у найбільш типовому вигляді (звичайна, проста депресія) складається з пониженого тосчного настрою (гіпотимії), уповільнення мислення, рухової загальмованості, які входять у депресивну тріаду головних ознак.

Хворі скаржаться на слабкість, лінощі, в’ялість і пригнічення, втрачають віру у власні сили, легко розупевняються у вірності своїх вчинків, через загальмованість асоціативних процесів повільно і тяжко приймають рішення, а також перебільшують реальні утруднення, звинувачують себе в слабкості волі, неможливості “взяти себе в руки”. Може бути сльозливість, образливість, подразливість. У станах гіпотимічної депресії частими є суїцидальні спроби, скоюються самогубства. При поглибленні подавленого настрою хворі починають скаржитися на тоскний настрій, нудь. Характерна поява тяжкого відчуття в грудях, рідше – у животі. Їх описують як

стиснення, важкість, неможливість дихнути, задуху. Деякі хворі говорять про “моральний біль”, що “душу розриває на шматки” і протиставляють ці відчуття фізичній болі (т. зв. передсерцева нудь). У важких випадках виникають надцінні ідеї самозвинувачення або приєднується маячення провини, гріхопадіння – **депресія з ідеями звинувачення**. Депресивний синдром може супроводжуватись явищами меланхолічної дереалізації і деперсоналізації, аж до появи т. зв. психічної анестезії – болісної нечуттєвості, пережиття внутрішнього спустошення, втрати любові до ближніх, байдужості, зникнення емоційного реагування на навколишнє (анестетична депресія). Про тяжкість депресії говорить поява суїцидальних думок і тенденцій. У хворих може виникати відчуття змінності навколишнього світу: втрачається його звичайна забарвленість, він не стає застиглим, віддаленим, сприймається ніби “крізь пелену”, нерідкі скарги на повільний плин часу, його зупинку – це т. зв. меланхолічна дереалізація.

Властива депресивним хворим занижена самооцінка може замінюватися маяченням самоприниження, самозвинувачення, а у хворих похилого віку – частіше ідеями розорення і злиденності. В інших випадках може виникати уявлення про невиліковне захвалювання – **депресія з іпохондричними маяченнями**. Коли хворі говорять про припинення функціонування серця, легень, нирок та інших органів у зв'язку з їх розкладом чи атрефією, говорять про **іпохондричну депресію з нігілістичними маячними ідеями**.

Для депресивного синдрому характерні виразні сомато-вегетативні розлади у вигляді порушень сну, апетиту, функцій шлунково-кишкового тракту (запори), ендокринних дисфункцій.

Депресія з фантастичним маяченням (меланхолічна парафренія, депресія з нігілістичним мегаломанічним маяченням Котара) характеризується тим, що хворі називаються іменами негативних осіб і діячів, приписують собі звинувачення у світових катаклізмах, висловлюють впевненість у загибелі всього оточуючого, країн, всесвіту, стверджують, що ніколи не помруть і будуть страждати вічно. В зв'язку з таким станом вони можуть навіть вбивати близьких, аби позбавити їх від уявних страждань, отже, їм загрожують альтруїстичні вбивства.

Ажитована депресія – тоскний настрій у поєднанні з тривогою (афект очікування біди), мовним і руховим збудженням. Тривога може бути безпідставною, безпредметною; в інших випадках говорять про очікування суду, розстрілу, тортур, загибелі близьких. Зміст висловлювань вкрай одноманітний і відображає особливості афекту і маячень. Ажитация – це рухове збудження, що супроводжується тривогою, виявляється в непосидливості, постійному ходінні, настирному прискіпуванні до медперсоналу, оточуючих людей. Вона може досягнути своєї крайньої напруженості, коли появляється у раптовому руховому збудженні надзвичайної сили та спрямованості дій, сконцентрованих на намаганні вбити чи покалічити себе або уявного супротивника (наприклад, хворий раптово і миттєво хапає стілець і, вибивши ним вікно, стрибає вниз головою – (це – меланхолічний

раптус).

Депресія параноїдна поєднання подавленого, тосчного настрою з ідеями переслідування, отруєння чи завданої шкоди.

Дисфорична депресія – це стан, при якому понижений афект поєднується з подразливістю, неприязністю, невдоволеністю. У легких випадках подавленість супроводжується прискіпливістю, іронічністю, в'їдливістю. У виразних станах виникає нудь, тоскний настрій у поєднанні зі страхом, відчаєм, напруженою злобою і, навіть, з тупою люттю. Маже спостерігатися рухова загальмованість але частіше хворі “не знаходять собі місця”, аж до стану різкого виразності ажитації. Тяжким дисфоріям можуть бути супутніми уривчасті маячення переслідування або маячення іншого змісту, а також стани зміненої свідомості. Дисфорії інколи супроводжуються імпульсивними діями, агресивністю до оточуючих людей, самопошкодженнями і самогубством.

Маячні синдроми

Паранояльний синдром виникає на тлі ясної свідомості, відзначається первинним систематизованим імперативним маяченням різного змісту (ревнощів, переслідування тощо). При викладенні маячень типовою є деталізація, пов'язана з великою кількістю доказів – т. зв. маячна ретельність.

Галюцинаторно-параноїдний синдром – поєднання маячних ідей (переслідування, отруєння, завдання шкоди, нанесення фізичної шкоди) з вербальними галюцинаціями, часто проявами синдрому Кандинського-Клерамбо. В одних випадках домінують маячення, в інших – сенсорні прояви (галюцинації вербальні та ін.).

Кандинського-Клерамбо синдром (психічного автоматизму) – поєднання маячних ідей, насамперед переслідування, з ідеями психічного та фізичного впливу, з відчуженням думок, почуттів, вчинків. Це складне психопатологічне порушення, в якому розрізняють 3 групи розладів: асоціативний сенсорний і руховий типи автоматизмів; псевдогалюцинації, часто імперативні за змістом; маячення впливу, переслідування.

Асоціативний автоматизм розвивається, звичайно, першим. Його ініціальним проявом є ментизм (мимовільний, нестримний, швидкий потік думок чи уявлень) або **відчуття оволодіння** (відчуття, що суб'єкт не належить сам собі, а ним володіє якась стороння сила). З інших розладів зустрічаються: **мимовільне згадування; насильницьке згадування; симптом відкритості** (відчуття, що думки хворого відомі оточуючим); **ехо-думки** (все, що думає хворий, “чують” оточуючі та повторюють у голос), слухові та зорові псевдогалюцинації; насильно зникаючі з голови думки; відчуття впливу на почуття і їх насильницькі зміни.

Сенсорний (сенситивний, сенестопатичний) автоматизм – це різноманітні за характером (нерідко у вигляді болю) та локалізацією відчуття, які ніби штучно зроблені.

Руховий (кінестетичний) автоматизм – вчинення всупереч бажанню різних

рухів (головою, язиком тощо), а в окремих випадках – висловів уголос, що сприймаються як насильницькі.

Цей примусовий характер усієї психічної діяльності при синдромі Кандинського-Клерамбо може в тлумаченнях хворого співвідноситися з конкретними формами впливу: гіпнозом, електричним струмом, атомною радіацією, особливими променями та ін. (маячення впливу).

Парафренний синдром – поєднання фантастичних за змістом маячних ідей психічних автоматизмів, галюцинацій, часто – конфабуляцій, сплутаності. Нерідко спостерігається симптом ілюзії двійників, симптом хибних упізнань (симптом Капгра), при якому незнайомі особи сприймаються як знайомі (симптом позитивного двійника) чи родичі та близькі, відомі хворому, сприймаються ним як незнайомі, чужі, підставні, котрі заgrimувалися під його близьких (симптом від'ємного двійника). Трапляється, що одна і та ж особа послідовно змінюється (симптом Фреголі). У деяких випадках відбувається зміна свого "Я", і це супроводжується маяченнями величності; наприклад, хворий може вважати себе великим державним діячем, здатним змінити світ, засновником нових держав, культур і релігій, що його переслідують впливами з міжпланетного простору і т. д. Звичайно, настрої хворих неадекватно підвищені, аж до маніакального, рідше – депресивний, хоча можлива переміна знаку афекту і його глибини.

Синдроми рухових порушень

Кататонічний синдром – це збудження (**кататонічне збудження**) чи **нерухомість (кататонічний ступор)**. Найчастіше збудження передуює ступору. Спочатку кататонічне збудження має патетичний характер: у хворих підвищення настрою до піднесено-захопленого, високопарна мова, розмашисті, перебільшено виразні рухи тощо. Вони то бездумно протидіють (**негативізм**), то виконують усе, до чого їх спонукають (**пасивна підкорюваність**). У подальшому, з розвитком з'являється **дуркуватість**: хворі приймають неприродні пози, кривляються, впливають недоречні жарти, жести, рухи, безглуздо сміються (збудження гебефренічного типу). Глибший ступінь розладів – **імпульсивне збудження** – раптові дії, що не мають відношення до попередньої поведінки: хворі накидаються на оточуючих, біжать, не розбираючи шляху, рвуть на собі одяг та ін. Їх мова складається з одних і тих же слів і фраз, які повторюються стереотипно (вербігерація), хворі можуть пасивно, автоматично повторювати слова оточуючих (ехолалія) чи повторювати окремі рухи (ехопраксія). У важких випадках збудження є хаотичним, складається лише з окремих компонентів рухових актів. З'являються постійні рухи простішого типу (повзання, хапання, розгойдування тулуба), мова при цьому може бути зовсім відсутня.

Кататонічний ступор визначається неможливістю отримати від хворого жодних відповідей (мутизм) із нерухомістю і м'язовим напруженням. Хворі не реагують ні на зовнішні подразники, ні на особистий стан, можуть довго залишатися в одній і тій же, часто незручній позі. При певній інтенсивності порушень м'язового

тону су вони зберігають надане положення кінцівкам і тулубу (**симптом воскової гнучкості**) або можуть залякати лежачи: в позі, ніби під головою є подушка, тоді як її в дійсності немає (**симптом повітряної подушки**). Іноді, навпаки, хворі чинять впертий мовчазний спротив (негативізм) спробам їх погодувати і помити, не дозволяють змінити їм одяг. У найбільш тяжких випадках хворі нерухомо лежать із закритими очима у специфічно скрюченій позі тіла (**ембріональна поза**), може бути характерне витягування губ (**хоботковий рефлекс**). Усе це ознаки **ступору з заляканням** або заціпенінням. Неповна нерухомість із частковими мутизмом і пасивною підкорюваністю або з легким негативізмом називається субступором.

Депресивний ступор виникає на тлі депресивного афекту. Вираз обличчя і поза завжди відображають внутрішній стан хворого, відсутні негативізм і воскоподібна податливість. Вдалим розпитуванням у хворого завжди можливо отримати хоча б однослівні відповіді та відповідну інформацію про наявні розлади.

Психогенний ступор може супроводжуватися повною знерухомленістю і мутизмом. Йому супутні різкі вегетативні симптоми, пов'язані з підвищенням тону су симпатичної вегетативної нервової системи (почервоніння, сальність, пітливість, підвищення артеріального тиску). При розмові на тему, що має зв'язок з психотравмуючою ситуацією, у хворого змінюється вираз обличчя.

Галюцинаторний ступор – недовготривалий стан знерухомленості, що виникає на тлі галюцинаторних розладів високої інтенсивності, передовсім вербальних галюцинозів. Разом із нерухомістю змінюється і вираз обличчя, що відображає зміст галюцинаторних переживань.

Синдроми порушення свідомості (виключення, викривлення, змінення, потьмарення) – це тимчасові, короткотривалі чи триваліші (від хвилини до години, днів, тижнів, років) порушення психічної діяльності, для яких характерне поєднання таких ознак: часткова або повна відстороненість від оточуючого; порушення мислення з частковою або повною неможливістю тлумачень, суджень; повне або часткове забування подій, що відбувалися (амнезія). Найлегші і найчастіші **виключення** свідомості – **обнубіляція (захмарення)**, памороки т. зв. легке запаморочення свідомості. Важчим розладом є **оглушення – паморочення**, виключення свідомості зі збідненням психічної діяльності; домінують в'ялість і пасивність, рухи уповільнені, мова утруднена, хворим тяжко зосередитися і дати потрібну відповідь. Вони погано обмірковують те, що відбувається. Настрій байдужий або з відтінком ейфоричності. При виразному оглушенні хворим тяжко сприймати навіть найпростіші запитання, їхні відповіді неточні, однослівні, а то й зовсім відсутні.

При обтяженні стану хворі знаходяться у дрімотному стані (сомнолентності). У подальшому можливий перехід у більш тяжкий стан виключення свідомості – **сопор**. Сопорозний стан характеризується виразною притупленістю чи відсутністю реакцій навіть на сильні фізичні подразнення (наприклад, щипання, болючі уколи, удари).

Найглибшим виключенням свідомості є **кома**. У коматозному стані

порушується дихання і рефлекторна діяльність, навіть відсутній корнеальний рефлекс (рефлекс на дотик до рогівки ока).

Делірій або делірозний синдром – галюцинаторне **потьмарення**, (змінення, викривлення, спотворення) свідомості з переважанням істинних галюцинацій (зорових галюцинацій та ілюзій), образного маячення, рухового збудження, яке за характером відповідає викривленому сприйняттю оточуючого. Найчастіше зустрічається при алкогольному делірії – т. зв. “білій гарячці”.

У продромальному стані (на початковій стадії делірію) відзначаються напливання образних, сценоподібних спогадів, у край мінливий настрій (піднесення, подразлива примхливість, неспокій, гарячкова веселість або пригніченість), рухові прояви у вигляді гіперекспресивних дій, непосидливості.

При розгорнутому делірії спостерігається вплив **зорових**, у багатьох випадках – **зорових сценоподібних** галюцинацій, різноманітних зорових ілюзій, парейдолій. Хворі багато рухаються, живо реагують на появу обману сприйняття. Іноді в них виникають різкі реакції захисту і втечі (наприклад, при “білій гарячці” вони “бачать” зелених потвор, чортів, інші чудовиська які загрожують кинутися на них...).

Висловлювання хворих уривчасті, непослідовні, іноді складаються з окремих слів і вигуків. Настрій мінливий: тривожна цікавість, схильність до жартів змінюється страхом і панікою, що переважають. Характерна наявність маячних висловлювань, які відображають сутність зорових галюцинацій (**галюцинаторне маячення**). Можуть виникати слухові, тактильні, нюхові галюцинації, розлади схеми тіла. Усвідомлення свого “я” зберігається, але в навколишній обстановці **орієнтування хворих хибне** (наприклад, перебуваючи в лікарні, вони вважають, що є на роботі, серед своїх співробітників). Періодично проявляють т. зв. “світлі” проміжки, під час яких розлади зникають або значно зменшуються.

При поглибленні змінення свідомості галюцинації, ілюзії, маячення та інші розлади послаблюються, і починає домінувати рухове збудження зі стереотипними діями у формі звичних щоденних вчинків, іноді таких, що мають відношення до професії (**професійний делірій, маячення занять**), наприклад, візник “поганяє” уявним батоном, слюсар – ніби-то щось закручує уявним інструментом. Спогади про період деліріозної, зміненої свідомості уривчасті; при професійному делірії – повна амнезія.

Онейроїд – сноподібне, фантастично-маячне викривлення (потьмарення) свідомості. Спочатку існує ілюзорне сприйняття навколишнього світу, що поєднане з фантастичними уявленнями; при розгорнутому, повному онейроїді відбувається насування мимовільно виникаючих у свідомості ясних і фантастичних зорових псевдогалюцинацій надзвичайної виразності, які то повністю заволодівають свідомістю хворих, і ті навіть не помічають оточуючого, то дивним чином поєднуються з окремими елементами навколишньої обстановки. Переважають загальна загальмованість, рідкі та короткі вигуки, піднесення, збудження. Характерний зовнішній вигляд хворих у такому стані відомий психіатр В. Грізенгер

описав так: “Вони мовчазні, бездіяльні, майже нерухомі і тільки погляд, в якому змінюються то піднесення, то відстороненість, страх чи звернене всередину себе здивування, що свідчать про те, що з ними коїться щось незвичайне”. Пізніше, коли психоз минає, хворі розповідають, що були тоді свідками грандіозних, фантастичного змісту подій (наприклад, споглядали за надзвичайними подіями війни різних світів).

Аменція (аментивний синдром) – потьмарення (викривлення) свідомості з переважанням беззв’язного, хаотичного (інкогерентного) мовно-рухового збудження і розгубленості. Мова складається з окремих, непов’язаних за змістом слів, вигуків. Некоординоване рухове збудження виникає на дуже обмеженому просторі (наприклад, рухи перебирання білизни в межах ліжка). Обличчя хворих має вираз непорозуміння, домінує **афект розгубленості**. Стомлюючись, вони замовкають, знаходяться у близькому до повної протрації стані. Іноді аменція може супроводжуватися уривчастими галюцинаціями і маячними ідеями. Тривалість аментивного стану – від кількох днів до тижня. Характерна повна амнезія психотичного періоду.

Присмеркове (сутінкове) потьмарення свідомості. Розвиток клінічних ознак раптовий. Як правило, триває короткочасно (хвилини, години, рідше дні). Іноді відзначається тільки глибоке дезорієнтування всіх видів (у місці, часі, своїй особі), зі значною збереженістю звичайних автоматизованих рухів, у зв’язку з чим хворі можуть навіть не привернути уваги оточуючих. Це проста форма присмеркового (сутінкового) потьмарення свідомості. Якщо ж хворі в такому стані блукають, мимовільно, інколи уві сні долають складні перешкоди своєму пересуванню, не говорять з навколишніми людьми, то вважають такі розлади **амбулаторними автоматизмами (фуга, транс, сомнамбулізм – див. § 3 розділу III)**.

В інших випадках відбувається мовно-рухове збудження, афект страху, тривожність, озлобленість погрозливого характеру, зорові галюцинації, маячні висловлювання – так звана галюцинаторно-параноїдна форма сутінків. Хворий у такому стані може вчиняти надзвичайно жорстокі акти агресії. Пізніше настає повна байдужість до скоєного, психічна розрядка. Зберігаються або уривчасті, смутні спогади минулих подій, що потім забуваються (ретардована амнезія), або відразу настає повна амнезія. Існують і такі затьмарені стани свідомості, коли зберігається можливість елементарного орієнтування в місцевості, оточенні, людях. Із такими хворими ще можна вступити в розмову, отримати окремі відповіді – це т. зв. **орієнтовані сутінки**; після їх закінчення спостерігається повна амнезія.

Патологічні просонкові стани – це різновид потьмареного стану сутінкового (присмеркового) типу. Вони мають важливе судово-психіатричне значення. Інколи їх називають “сп’янінням сном”, виникають при уповільненому прокиданні від глибокого сну та супроводжуються яскравими, в т. ч. страхітливими сновидіннями. У цих випадках, насамперед від сонного загальмування, звільняються функції, що мають відношення до рухів, тоді, як вищі психічні функції, які становлять

свідомість, ще знаходяться на тому чи іншій ступені загальмування. У людини, котра напівпрокинулася залишаються сновидіння, що сприймаються нею як дійсність. Вони переплітаються з невірним сприйняттям навколишнього світу, виникає страх, на тлі якого інколи скоюються відповідні патологічним пережиттям небезпечні для оточуючих вчинки. Патологічні просонкові стани завершуються сном, у пам'яті можуть зберігатися уривки сновидінь, які були.

Нерідко замість поняття “потьмарений стан свідомості” або “змінення (викривлення) свідомості” психіатри використовують як його синонім поняття “сплутаність свідомості”. Використання останнього є найбільш правильним у випадках, коли виникають інтенсивно виражені психічні розлади, що ніби захоплюють свідомість хворого і порушують тим самим його орієнтацію в місці, часі, оточенні. Найчастіше про сплутаність свідомості говорять тоді, коли є інтенсивний вербальний галюциноз, маніакальний чи кататонічний тип збудження. Тут правомірно говорять про сплутаність “галюцинаторну”, “маніакальну”, “кататонічну”. Відбувається тотальне порушення пізнавального процесу (втрачається здатність відображати внутрішні зв'язки явищ дійсності і чуттєвого пізнання), яке відсутнє при інших патологічних порушеннях психіки, коли тією чи іншою мірою переважно порушується тільки одна зі сторін пізнання.

Припадки (напади, пароксизми) – раптово виникаючі нетривалі (транзиторні) стани потьмарення свідомості різної глибини (аж до певної її втрати), що поєднуються з руховими порушеннями, передовсім у формі різних судом.

Великий, генералізований, розгорнутий епілептичний судомний припадок (напад) розгортається з певною клінічною послідовністю судомних порушень. Припадку (нападу) може передувати продром – загальне нездужання, розбитість, головні болі, зміна настрою, які тривають на протязі годин чи доби. Безпосередньо припадок почитається з **аури**.

Розрізняють кілька типів епілептичної аури.

Сенсорна аура – різні неприємні відчуття, повзання по шкірі мурашок, стискання, поколювання, нерідко уривчасті, навіть різнокольорові галюцинації, незвичайні запахи, слухові обмани (акоазми, фонемі).

Вегетативна аура – тахікардія, відчуття задухи, голоду, спраги, пітливість, болі в животі, грудях, підсилення кишкової перистальтики.

Моторна аура – топтання, переминання ногами, крутіння на місці, вигуки.

Вісцерельна (епігестральна) аура – в ділянці епігастрію раптове, неприємне відчуття, нудота, що розповсюджується вище, до горла.

Психічна аура – афекти страху, “наджахливого відчуття” або, навпаки екзальтація, загальна піднесеність настрою, відчуття “прозріння”, сценічні галюцинації.

В однієї і тієї ж особи можуть спостерігатися навіть кілька типів аури. Сприйняття оточення у цьому стані виключається, тому що відбувається потьмарення свідомості. Зміст же самої аури залишається у спогадах і потім, після

приступу, детально хворим може бути відтворений. Іноді припадок обмежується тільки на цьому; тоді говорять про **абортивний припадок (напад)**.

Здебільшого ж відразу за ауру розпочинається **тонічна фаза** великого розгорнутого епілептичного припадку. Вона супроводжується миттєвим виключенням свідомості. Через тонічні скорочення всіх м'язів хворий падає, як підкошений, без розбору, хоч на вогонь, воду чи з висоти. При цьому нерідко буває чути зойк, вій, стогін. Такий характер необережного падіння суттєво відрізняє епілептичний пароксизмальний стан від істеричного нападу. В результаті падіння хворий може отримати через відключення свідомості тяжкі тілесні ушкодження.

Тонічні судоми тривають після падіння. Руки і ноги випростовуються, припіднімаються, дещо підтягуються вгору. Щелепи стискаються, дихання майже припиняється, буває чути хрипіння, виділення слини, піни з домішками крові. Обличчя спочатку зблідає, але скоро синіє (ціаноз). В окремих випадках відбувається мимовільне сечопускання або дефекація. Тонічні судоми тривають не більше однієї хвилини.

Після цього виникають клонічні судоми (**клонічна фаза великого епілептичного судомого припадку**) – це переривисті скорочення м'язів кінцівок, тулуба, шиї. Їх частота й інтенсивність після 1 – 3 хвилини сходять нанівець і змінюється м'язовим розслабленням. За клонічною фазою слідує кома, яка змінюється сопором, далі настає сон чи поступове прояснення свідомості.

Про припадок спогадів не залишається, але про те, що він був, хворі дізнаються від оточуючих, на основі характерної наступної розбитості, забоїв, прикусів, головних болей та ін. Подальший настрій може мати виразний афект дисфорії, невдоволення.

Припадок може обмежуватися іноді однією з цих фаз, або ж вони можуть бути виразними у свої проявах – тоді говорять про “абортний припадок”, а негенералізований.

Малий епілептичний припадок (напад), пароксизм, як і великий, розгорнутий, супроводжується втратою свідомості, що виникає раптово; іноді йому теж передують аура. На відміну від великого, у цих випадках малого нападу загальної тонічної судоми не виникає, тому хворі, не дивлячись на втрату свідомості не падають. Судомні явища обмежуються клонічними посіпуваннями окремих груп м'язів, спогади про приступ відсутні. На противагу великому судовому нападу, малі є короткочасними та різноманітними за своїми клінічними проявами (абсанси – завмирання на місці тривалістю 1 – 2 секунди, пропульсії – поштовхоподібні рухи вперед у дітей і багато інших видів).

Припадки (напади) Джексона (часткові, парціальні епілептичні судомні припадки) зустрічаються при т. зв. симптоматичній епілепсії, коли фокус ураження локалізується у скроневій долі головного мозку або в близьких до неї ділянках. Припадок починається з хронічних чи клонічних судом однієї половини тіла, захоплюючи спочатку пальці рук чи ніг. Очі, голова, тулуб повертаються при цьому

в один бік (адверзивний припадок). Свідомість втрачається тільки на висоті нападу, коли судоми переходять і на іншу половину тіла, тобто при їх генералізації.

Диенцефальні або (вегетативні припадки напади) – раптово виникає озноб, тахікардія, пітливість, виділяється багато слини (слинотеча). Обличчя блідне або червоніє, підвищується артеріальний тиск. Хворі відчувають шум у вухах, головокружіння, млявість. Характерним є виразний страх, різка слабкість. Тривале припадок від кількох хвилин до 1 – 2 годин. У кінці може бути позов на сечопускання, дефекацію, відчуття голоду або спраги.

Істеричний припадок (напад) супроводжується руховими розладами без судомного компоненту. Виникає після хвилювань та інших психогенних моментів. Падіння відбувається поступово, обачно, часто хворі просто осідають на підлогу (що суттєво відрізняє істеричний припадок від генералізованого епілептичного). Рухові розлади проявляються в ритмічних розмахуваннях руками і ногами, при підніманні над підлогою. Часто хворі вигинаються, спираючись тільки на голову і п'яти (істерична дуга), кусають себе, розривають одяг, виривають волосся. Напад може супроводжуватися криками, скреготанням зубів, сваркою; очні яблука часто заковчуються, що нерідко утруднює перевірку реакції зіниць на світло (щоб, наприклад, віддиференціювати від клініки істинного епіприпадку чи коли цієї реакції немає при виключенні симуляції). Присутність сторонніх осіб завжди підсилює прояви істеричного нападу (жести можуть ставати більш театральними, “працюють на публіку”), робить їх більш довготривалими – до години і більше. Різні різкі зовнішні впливи (больові, обливання холодною водою тощо) можуть переривати припадок.

Спогади про те, що сталося під час нападу, в хворих фрагментарні, після припадку вони відчувають втому, “розбитість”.

Амнестичний Корсаковський синдром визначається тріадою психічних порушень: амнезією, дезорієнтованістю і такими розладами пам'яті, як конфабуляції, навіть з конфабуляторною сплутаністю.

Амнестичні розлади, які є головними в цьому синдромі, виявляються у повному або частковому порушенні пам'яті на поточні події (фіксаційна амнезія). Пам'ять про минулі події може залишатися збереженою, однак частіше спостерігаються ті чи інші ступені її порушення (ретроградна амнезія), що захоплюють події тривалістю від тижня до кількох років.

Хворі не в змозі запам'ятати поточні події, не можуть визначити час, відповісти, де знаходяться, хто їх оточує, з ким тільки що мали бесіду, що їли або робили. У них порушується просторове орієнтування – не знаходять свою постіль, не можуть запам'ятати розташування приміщень.

Конфабуляції виникають не спонтанно, а при розпитуванні. Їх зміст стосується здебільшого фактів повсякденного життя або ситуацій, пов'язаних із професійною діяльністю. Інколи зустрічаються конфабуляції фантастичного типу. Відповідним чином заданими запитаннями можна направити конфабуляторні висловлювання

в певному руслі, що свідчить про підвищену навіюваність хворих. Множинні конфабуляції зустрічаються при порівняно неглибоких розладах пам'яті, у той час як різкі порушення пам'яті супроводжуються збідненими конфабуляціями, що свідчить про відсутність паралелізму між ступенем мнестичних порушень та інтенсивністю конфабуляцій.

У хворих спостерігається в'ялість, пасивність, зниження потягів, втомлюваність. Певне усвідомлення своєї хвороби, зокрема, стосовно пам'яті, спостерігається практично завжди. Звичайно, хворі намагаються примітивними прийомами приховати свій амнестичний дефект.

Синдром слабоумства є патологією інтелекту. Інтелект – це сукупність психічних інтегративних процесів, завдяки яким забезпечується здатність розуміти, відтворювати, використовувати і переробляти вже набуті знання у різноманітних життєвих ситуаціях. Для цього використовуються пам'ять, увага, особливості мислення, мова, сукупність знань, навичок і набутого життєвого досвіду.

Виокремлюють **слабоумство вроджене (олігофренію) і набуте** в результаті перенесених захворювань (**деменція**). Залежно від нозологічної природи захворювання вирізняють сенільне, паралітичне, травматичне, епілептичне й інші форми слабоумства (деменції).

За ступенем виразності визначають **слабоумство тотальне (глобальне), повне і часткове (лакунарне, вогнищеве)**.

Тотальне слабоумство відзначається глибоким порушенням критики чи повною її відсутністю. У хворих різко знижений рівень суджень, тлумачень, порушена пам'ять; мислення збіднене і непродуктивне. Переважають байдужість і безпечність. Індивідуальні риси характеру розмиті, втрачені. Якщо раніше й спостерігалися різні психічні розлади, то тепер їх немає, залишаються лише “руїни душевної організації” (Моудслі).

При частковому (лакунарному) слабоумстві спостерігається неповна втрата критики, суджень, розумових висновків, пам'яті. У хворих домінує знижений настрій із відчуттям непридатності і сльозливістю. Основні риси характеру, що були властиві колишній особистості, зберігаються, але відбувається їх деградація (**деградація особистості особи**). Як приклад, можна навести слабоумство при судинних захворюваннях центральної нервової системи.

Поряд із виразними формами слабоумства існують легкі проміжні форми ослаблення психічної діяльності. Їх визначають поняттями “**зниження рівня особистості**” або “**інтелектуального пониження**” (**синдром недоумкуватості**).

У цих випадках є зниження працездатності, що передовсім стосується професії, з'являється стійка втомлюваність, іноді погіршена пам'ять, збіднюється коло попередніх інтересів. Одні риси особи можуть згладжуватися, інші, навпаки, помітно підсилюються. Однак загалом колишня індивідуальність в цілому зберігається достатньо. Зниження рівня особистості поступово може переходити у виразне слабоумство.

Маразм – розпад особистості, найтяжчий вид негативних розладів із втратою можливості контакту з навколишнім середовищем, найглибший ступінь слабоумства, часто з розгальмованістю основних інстинктів, ненажерливістю (аж до копрофагії) та сексуальною розпусністю. Загальне виснаження особи.

Психоорганічний (ецефалопатичний) синдром – це симптомокомплекс порушень пам'яті, інтелекту й афективності. Для більшості хворих із психоорганічним синдромом характерна астения. Залежно від нозологічної природи захворювання поєднання основних симптомів буває різним. Так, при амнестичному Корсаківському психозі, старечому слабоумстві тощо. домінують розлади пам'яті, при прогресивному паралічі чи хворобі Піка страждає інтелект, при пухлинах мозку домінують афективні розлади і т. д. Коли вони легкі, то говорять про органічне порушення рівня особи, якщо тяжкі, то вкладаються у терміни “органічна деменція”, парціальна і тотальна. У практиці, в розвитку психоорганічного синдрому виокремлюють астеничний, експлозивний (взривчастий), ейфоричний та апатичний варіанти (стадії).

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Розлади сприйняття (чуттєвого пізнання).
2. Розлади мислення.
3. Розлади потягів.
4. Настирливі стани.
5. Розлади пам'яті.
6. Амнестичний Корсаковський синдром.
7. Невротичні синдроми. Істеричний припадок (напад).
8. Емоційні (афективні) розлади.
9. Епілептичні розлади.
10. Симптоми виключення свідомості.
11. Симптоми потьмарення свідомості.
12. Синдром слабоумства.
13. Психоорганічний синдром.
14. Структурно-складні синдроми.

КОНТРОЛЬНІ ТЕСТИ

Тест № 8.

Які розлади сприйняття є серед перелічених?

- А) псевдогалюцинації;
- Б) сенестопатії;
- В) ілюзії;
- Г) шперунг;
- Д) резонерство.

Тест № 9.

Які структурно-складні синдроми є серед перелічених?

- А) депресивний;
- Б) маніакально-параноїдний;
- В) парафренний;
- Г) Кандинського-Клерамбо;
- Д) Корсаківський амнестичний.

РОЗДІЛ III. ОКРЕМІ ФОРМИ ПСИХІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА ЇХ ЕКСПЕРТНА СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНА ОЦІНКА

§ 1. Шизофренічні розлади та їх судово-психіатрична оцінка.

Шизофренія (F-20) відноситься до групи т. зв. ендогенних психічних захворювань разом із маніакально-депресивним психозом та епілепсією. Причини ураження центральної нервової системи при них залишаються донині нез'ясованими остаточно.

Шизофренія (з грецької мови перекладається як “розщеплення” психічної діяльності, душі) – раннє слабоумство або хвороба Блейлера, швейцарського психіатра, котрий у 1911 р. вперше описав її як самостійне захворювання і дав таку назву, що призводить до дезінтеграції, втрати єдності в пізнавальній діяльності і сфері мислення людини, а також в її основних емоційно-вольових проявах. Це психічне захворювання має прогресуючий характер, що проявляється в найрізноманітніших психопатологічних симптомах – від легких і перехідних до тяжких і стійких. Вони супроводжуються змінами особистості у вигляді зниження психічної активності, аутизму, втрати єдності психічних процесів, їх дезінтеграції, порушення мислення, що разом становить т. зв. шизофренічний дефект. Пам'ять, інтелект, надбані до хвороби знання залишаються без особливих змін. Не дивлячись на це, при шизофренії дуже характерними є зниження і повна втрата працездатності.

Шизофренії властиве широке коло **патологічних продуктивних психічних розладів** (їх ще називають “**позитивними**”: від астенічних, емоційно-гіперестетичних доафективних (депресивних, маніакальних), невротичних (нав'язливих, істеричних, деперсоналізацій них), паранояльних, вербального галюцинозу, галюцинаторно-параноїдних, парафренних, онероїдних і кататонічних.

У певних співвідношеннях із ними, залежно від форми захворювання, виступають і **дефіцитарні “негативні” розлади**, які свідчать про збіднення психічної діяльності: від дисгармонії особистості (включаючи шизоїдизацію) до зниження енергетичного потенціалу та рівня особистості, регресу особистості, ознак її деградації та слабоумства.

За даними статистики, у світі хворіє на шизофренію до 2% загальної кількості населення, причому майже втричі частіше вона буває у чоловіків. У судово-психіатричній практиці приблизно біля половини досліджуваних підекспертних, що визнаються неосудними, становлять хворі на шизофренію.

Хвороба найчастіше розпочинається у віці від 15 до 25 років, через що її спочатку називали “раннім слабоумством” (Е. Крепелін). У чоловіків шизофренія починається раніше, ніж у жінок, хоча в останніх перебіг хвороби гостріший, з більш виразною афективною патологією. Злоякісність хворобливого процесу визначається характером прогредієнтності, типом клінічного перебігу, а також темпом формування і виразністю змін особистості.

Виокремлюють 3 основні форми шизофренії залежно від типу перебігу хвороби: **безперервну (безперервно-перебіжну), періодичну (рекурентну) і нападopodobно-прогредієнтну (у формі шубів).**

Безперервна (безперервно-перебіжна) шизофренія. Цю форму хвороби залежно від ступеня важкості (прогредієнтності) розділяють у практиці на **злоякісну, помірно-прогредієнтну (параноїдну, маячну) та з млявим перебігом (мляво-перебіжну).**

Злоякісна шизофренія розпочинається в дитячому, юнацькому віці. Серед осіб чоловічої статі вона трапляється втричі частіше. Перші ознаки хвороби виявляються у вигляді поступово зростаючих особистісних змін: стосовно родини у хворих з’являються несприйняття, брутальність, ненависть, злоба; втрачаються друзі, знайомі, катастрофічно падає успішність у школі. Знижується психічна продуктивність, що інколи компенсується незвичайними інтересами – т. зв. “філософічною інтоксикацією”, тобто виснажливими, але врешті-решт безплідними заняттями в різних галузях наукового, духовного та фізичного пізнання. Непродуктивність і зупинка в розвитку особистості часто супроводжуються такими важливими в судово-психіатричному сенсі змінами, як: психопатободібні симптоми; розлади потягів; вживання алкоголю, різних наркотичних засобів; крадіжки; сексуальні ексцеси; бродяжництво. У тих випадках, коли переважають негативні розлади, зміни особистості, а продуктивна симптоматика (маячні розлади, галюцинації тощо) відсутня чи епізодична, говорять про т. зв. **просту форму шизофренії.**

Найчастіше відбуваються подальше ускладнення захворювання, що настає через 1 – 4 роки після початку процесу. З’являються здебільшого нерозгорнуті (рудиментарні) галюцинації, маячення, афективні і кататонічні розлади. За 2–3 роки маніфестного періоду хвороби Формується малозмінний, так званий кінцевий стан, який характеризується емоційною тупістю, залишковими позитивними симптомами. Більшість таких пацієнтів залишаються мешканцями психіатричних закладів.

Протиправні суспільно небезпечні дії вчиняються хворими, котрі мають злоякісну шизофренію, переважно на початковому етапі хвороби і значно рідше у той період, коли з’являються власне психотичні продуктивні зміни (маячення,

галюцинації і т. д.). Особливості початкового етапу багато в чому визначають і характер протиправних дій: як правило – це хуліганські вчинки, пов'язані з розладами потягів. Факт скоєння делікту нерідко вперше приводить хворих до лікаря. Іноді хворі вчиняють і тяжкі суспільнонебезпечні дії, наприклад, вбивства. В багатьох випадках в їх основі лежать виразні зміни особистості й імпульсивні дії.

Помірно-прогресивна (параноїдна або маячна) шизофренія виникає в 25–30 років. Поступово розвиваються маячення становлення (хворі піддивляються, насміхаються, хочуть нашкодити або щось підлаштувати). Іноді – це маячення отруєння, ревнощів, любовних відносин. Поступово вони систематизуються, розширюються, деталізуються і конкретизуються, настає параноїдальний етап. Зовнішнім проявом систематизації стають не тільки висловлювання хворих, з яких видно, хто і чому їм бажає зашкодити, а й характер їх дій. З'являється т. зв. маячний захист – заходи, що застосовуються хворими для самозахисту від уявних переслідувачів. Змінюється житло, маршрути пересування, обмежуються контакти (симптом “пасивного переслідуваного-переслідувача”). Надалі, з розвитком, систематизацією та персоніфікацією маячної поведінки хворий може переходити до активних, навіть агресивних дій (симптом “активного переслідуваного-переслідувача”). Небезпечність протиправних дій маячних хворих підсилюється й тим, що на цьому етапі розвитку психічні зміни особистості обтяжуються розвитком підозрливості, перестороги, подразливості, роздратованості без адекватних мотивів.

Іноді помірно-прогресивна шизофренія починається неврозоподібними та психопатоподібними розладами, а маячення розвиваються пізніше. Початковий період продовжується від 2–3 до 10–20 і більше років. На наступному етапі до маячень приєднуються симптоми психічного автоматизму (синдром Кандинського-Клерамбо), афективна напруженість з тривогою, страхом, відчуттям наближення небезпеки, психомоторним збудженням, кататонічними симптомами. На цьому етапі маячний захист зберігається роками, особливо за наявності маячення ревнощів, відношення (особливо коли є персоніфікація) або іпохондричного типу.

Протиправні дії частіше вчиняються на тлі загострення психозу, в період переходу хвороби в другий етап. Надалі може спостерігатися розвиток парафренного етапу захворювання з фантастичним змістом маячень і галюцинацій, ідеями величності і т. д. Суспільно небезпечні дії можуть скоюватись і в цей віддалений період. Хвороба ж може стабілізуватись на будь-якому етапі. Кінцеві, остаточні явища хвороби при параноїдній шизофренії менш важкі, ніж при злоякісній формі. Багато хворих можуть проживати вдома, під диспансерним наглядом та за умов продовження підтримуючого лікування амбулаторно. Нерідкими є факти збереження у хворих певного рівня працездатності.

Шизофренія з млявим типом перебігу (мляво перебіжна) за особливостями клінічного перебігу в багатьох випадках нагадує неврози та психопатії. Розвиток хвороби повільний, переважно з пубертатного періоду. Характерні для цього періоду підвищена чутливість, нестійкий настрій, психологічна опозиція до оточуючих, у т.

ч. до рідних, схильність до самоаналізу при цій формі шизофренії різко підсилені, довготривалі та порушують адаптацію. Хворі з неврозоподібними розладами (нав'язливостями, астенією, істеричними проявами) рідко вчиняють протиправні дії. Криміногенність хворих із мляво перебіжною шизофренією різко зростає при наявності психопатоподібної симптоматики в поєднанні з дією зовнішніх шкідливостей, особливо з алкоголізацією. Наявність таких розладів психопатоподібного типу, як збудливість, злобність, агресивність, емоційно-вольова лабільність (нестійкість), схильність до дисфорій є сприятливим підґрунтям до скоєння різних злочинів, зокрема, при зловживанні алкоголем та інших шкідливостях. Особливе місце займають особи з розладами у сфері потягів – т. зв. гебоїди. Такі хворі мають поверхневі контакти з оточуючими, замкнені в собі, опозиційно ставляться до всіх, із ким доводиться спілкуватися. Активний негативізм має гротескно-перебільшений характер, поведінка неадекватна, з елементами блазенства. Поведінка гебоїдів відрізняється розгальмованістю, викривленням потягів, особливо сексуального, імпульсивністю дій і вчинків, що інколи робить їх непрогнозованими. Хворі з інфантильними і навіюваними особливостями психіки швидко потрапляють до антисоціального середовища, виявляють схильність до зловживання алкоголем і наркотичними засобами, безладних сексуальних стосунків, бродяжництва. Хуліганські вчинки, крадіжки, сексуальні злочини є найбільш характерними і частими правопорушеннями цих хворих.

За характером прогресивності і клінічним перебігом до млявоперебіжної шизофренії з психопатоподібними розладами близько стоїть така паранояльна форма, що часто виділяється окремо, – **паранояльна шизофренія**. Вона характеризується моно – чи політематичним маяченням (ревнощів, винахідництва, переслідування, заподіяної шкоди, сенситивним маяченням ставлення, іпохондричного, релігійного, сутяжного або еротичного змісту). Як правило, маячні розлади, зокрема починаючи з другої половини життя, поєднуються з легкими гіпоманіакальними та субдепресивними змінами настрою, які тягнуть за собою посилення маячних ідей, появу чи підсилення маячної поведінки, в т. ч. розладів за типом “переслідуваного-переслідувача”. Хвороба розвивається дуже повільно, але, з часом, при постійно зростаючих змінах особи практична продуктивність стає меншою і стосується лише змісту маячень.

Періодична (рекурентна) шизофренія

Повторні, такі, що повертаються, психотичні напади змінюються ремісіями (інтермісіями, “світлими проміжками”), переважно у жінок. Можуть починатись як з пубертатного та юнацького віку, так і у віці зворотного розвитку (від 45 – 55 і до 60 – 70 років). Зміни особистості при цій формі шизофренії мають відносно сповільнений розвиток.

Напади можуть відзначатися різноманітними синдромами, але з переважанням афективних розладів: депресивними та маніакальними, образними маяченнями різної структури, розладами у формі онейроїдної кататонії. Якщо при повторних нападах

послідовність клінічного розвитку однакова, то говорять про клінічний перебіг за типом “кліше”. Однак частіше повторні явища хвороби або ускладнюються, або спрощуються (редукція позитивних розладів).

У розвитку нападів рекурентної шизофренії можна спостерігати певну закономірність психопатологічних симптомів. Спочатку виявляються афективні порушення, спостерігається понижений настрій у поєднанні з тривогою, примхливістю, сльозливістю, образливістю. Гіпоманіакальні стани протікають з афектами захоплення, почуттям прозріння, загального піднесення. Протилежні за знаком афективні синдроми можуть змінювати один одного у різній послідовності, а інтенсивність цих розладів протягом коротких термінів може суттєво коливатися.

При поглибленні хвороби надалі починає переважати страх, захоплено-екстатичні стани, рухове збудження чи, навпаки, загальмованість. Загалом переважають образні марення, які поступово набувають фантастичного змісту, зливаючись із навколишніми подіями і спогадами з минулого. На висоті нападу може розвинути кататонічний ступор з онейроїдним потьмаренням свідомості.

Напад шизофренії рекурентного типу може зупинитись у своєму розвитку на будь-якому етапі. Якщо він обмежується лише афективними розладами, то говорять про **циркулярну шизофренію**; у випадках переважно депресивних розладів і депресивних маячень (самозвинувачення, самоприниження, переслідування), а також гострого маячного розладу – про **депресивно-параноїдну шизофренію**; при розвитку ступора з онейроїдом – про **онейроїдну кататонію**.

Частота нападів буває різною. Від одного на протязі усього життя до десятків, що захоплюють більшу частину життя, коли може відбуватися постійна зміна афектів нападу на протилежний за структурою (континуальний тип перебігу).

Зміни особистості при шизофренії рекурентного типу настають, звичайно, після кількох нападів і клінічно виявляються у зниженні психічної активності, звуженні кола інтересів, емоційній ізольованості. Криміногенність таких хворих може проявлятися при підвищеній чутливості, відчутті власної хворобливої зміненості, відстороненості.

Нападоподібно-прогресивна (у формі шубів) шизофренія.

Для цієї форми шизофренії характерним є виникнення нападів різноманітної клінічної структури з наявністю в доманіфестному періоді (до розвитку психозу) та зі збереженням у міжприступних проміжках усіх тих розладів, що є характерними для мляво перебіжної шизофренії (неврозоподібних, психопатоподібних і паранояльних розладів). Для судової психіатрії серед них найбільше значення мають стани з афективною нестійкістю, збудливістю, різними розладами потягів, сутяжною поведінкою, маячною налаштованістю.

Через різні проміжки часу (від 2 до 20 років) на тлі перелічених симптомів виникають гострі психози, котрі нагадують ті, які зустрічаються при рекурентній шизофренії у формі нападів, але більш тривалі. На відміну від останніх, для шубів характерне поєднання з гострим вербальним галюцинозом, розгорнутим синдромом

Кандинського-Клерамбо, станами гострого інтерпретативного маячення, виразними та довготривалими кататонічними розладами без онейроїдного потьмарення свідомості (люцидна кататонія), парафренними станами. При ускладненні перебігу хвороби клінічна картина може наближатися до шизофренії з безперервним типом перебігу. При регредієнтності перебігу на перший план виступають афективні і психопатоподібні розлади.

Криміногенність хворих нападopodobно-прогресивною і рекурентною шизофренією під час маніфестного періоду є невеликою, тому що в більшості випадків вони своєчасно направляються в психіатричні лікарні. Скоєння цими хворими протиправних суспільно небезпечних дій можливе на початковому етапі захворювання, на тлі страху, розгубленості, рухового збудження, імпульсивних дій внаслідок тривоги і страху. Переважна кількість протиправних дій вчиняється хворим на рекурентну, зокрема нападopodobно-прогресивну шизофренію, під час ремісій.

У практиці ще зустрічається класифікація шизофренії Е. Крепеліна на основі домінуючого на момент обстеження розладу, але вона не враховує особливостей розвитку і перебігу хвороби.

За цією класифікацією виокремлюється:

проста форма шизофренії – переважають негативні розлади, тоді як позитивні є рудиментарними та короткочасними;

гебефренічна форма шизофренії – довготривала дуркуватість, окремі кататонічні і галюцинаторно-маячні розлади, розлади поведінки;

кататонічна форма шизофренії – включає в себе випадки злоякісної, з переважанням кататонічних симптомів;

параноїдна шизофренія – маячний і галюцинаторний варіанти помірно-прогресивної шизофренії;

циркулярна шизофренія – домінують маніакальні чи депресивні розлади.

У МКХ-10 шизофренія разом із клінічно наближеними до неї шизотипними та шизоафективними розладами представлені у рубриках F-20 – F-29.

Судово-психіатрична оцінка шизофренічних розладів

У зв'язку з надзвичайною різноманітністю клінічних проявів шизофренії, надзвичайною складністю встановлення та кваліфікації окремих психопатологічних явищ в її структурі, а також оцінки прогнозу це захворювання отримало репутацію "королеви психіатрії". З цими ж факторами пов'язані основні особливості й ускладнення при судово-психіатричній експертній оцінці шизофренії.

У тих випадках, коли клінічна картина психозу і чіткі зміни особистості (симптоми дефекту) не викликають сумнівів стосовно діагнозу шизофренії, утруднень при судово-психіатричній оцінці не виникає. Хворі, що скоюють правопорушення в подібних станах визнаються неосудними.

Якщо захворювання почалось у період слідства чи під час перебування в місцях позбавлення волі, то хворі звільняються від відбування покарання (статті 19, 20, 84

ККУ, ст. 408 КПКУ), хоча щодо інкримінованого діяння вони можуть вважатися осудними. За рішенням суду таких хворих направляють на примусове лікування у відповідні психіатричні заклади (розділ 14 ККУ).

Експертна оцінка може значно ускладнюватися, коли правопорушення було вчинено в стані чітко визначеної ремісії особою, яка в минулому безсумнівно перенесла шизофренічний напад. З цього приводу існує така точка зору: якщо глибока ремісія без особистісних змін тривала, то хворі добре соціальне адаптовані; якщо у них в умовах психотравмуючих ситуацій, у т. ч. пов'язаних із правопорушеннями (арешт, утримання під вартою, процес кримінального розслідування), погіршення стану не виникає, то вони визнаються осудними. Однак практика свідчить, що саме такі особи рідко скоюють правопорушення. Як правило, експерти-психіатри знаходять ті чи інші особистісні зміни та легкі позитивні розлади тому, на практиці більшість хворих на шизофренію визнаються неосудними і в стані ремісії.

У практиці зустрічаються випадки симуляції та дисимуляції психічних симптомів хворими на шизофренію. Це частіше буває у хворих з маячними та депресивними станами. Такі хворі намагаються довести своє психічне здоров'я, обираючи кримінальну відповідальність за "краще" для себе, ніж бути визнаними неосудними через своє психічне захворювання. Зрідка й психічно здорові намагаються симулювати шизофренію.

Хворобу буває важко розпізнати на ініціальних її етапах, а також при млявому перебігу, коли переважають неврозоподібні та психопатоподібні розлади або параноїдні маячення. У цих випадках недооцінюється ступінь змін особистості і, часто, прихована маячна налаштованість. Визнані осудними, такі особи можуть тривалий час перебувати в місцях позбавлення волі, відбувати покарання, а потім унаслідок загострення хвороби чи змін особистості вчиняти повторні суспільно небезпечні дії.

Свідчення хворих на шизофренію не можуть вважатися джерелом доказів, а тому такі особи, як правило, не повинні викликатися для їх отримання. При судово-психіатричній експертизі свідків і потерпілих, що страждають на шизофренію, їх здатність брати участь у попередньому слідстві та при розгляді справи в суді, правильно сприймати відповідні обставини і давати про них свідчення повинна оцінюватися з урахуванням збережених можливостей їх психічної діяльності, а також залежно від кримінальної ситуації, що була за їх участю.

У цивільному процесі хворим на шизофренію проводиться судово-психіатричне експертне обстеження при вирішенні питань про їх дієздатність і встановлення над ними опіки. Хворі на гостру форму шизофренії, а також особи, які виявляють глибокий дефект, виразні особистісні зміни після перенесеного нападу хвороби, визнаються недієздатними. У випадках збереження критики, логічної та розумної поведінки, відсутності змін особистості, достатньої соціальної адаптованості стосовно особи може виноситися рішення про її дієздатність. У цивільних справах

судово-психіатричну експертизу, як павило проходять хворі на шизофренію з м'яким перебігом або ті, котрі перебувають у стані ремісії.

Можливе практично в деяких випадках розходження між експертними висновками про осудність і дієздатність пояснюється тим, що питання про дієздатність ставиться стосовно ширшого клінічного контингенту, тому що здатність розуміти значення своїх вчинків і керувати власними діями зберігається в ряді випадків невиразного шизофренічного дефекту. Особливості клініки шизофренії, можливість задовольнити свої основні потреби і задовільна соціальна адаптація хворих, а також особливі вимоги, які ставляться до суб'єкта різними видами правових стосунків (подружні стосунки, виховання дітей, укладання угод і тощо), обумовлюють необхідність диференційної оцінки хворих стосовно різних правових актів. Тут необхідна максимальна обережність, тому що позбавлення юридичних прав може різко порушити професійну та соціальну адаптацію хворого і, як результат, зруйнувати всі лікувально-адаптаційні досягнення. Найбільш надійні та ґрунтовні висновки з цього приводу судово-психіатрична експертиза може зробити на основі ретельного обстеження та спостереження хворого в умовах стаціонару.

§ 2. Основні психічні розлади при маніакально-депресивному психозі (F-31) та його судово-психіатрична оцінка.

Маніакально-депресивний психоз (МДП), або (біполярний афективний розлад F-31, циркулярний психоз, циклофренія) – захворювання, що має перебіг у формі маніакальних і депресивних фаз, розділених між собою найчастіше інтермісіями, тобто повною відсутністю психічних розладів під час цих світлих проміжків і збереженням властивих хворому до початку захворювання особистісних характеристик, навіть після багатьох років захворювання. Частіше хворіють жінки віком 35–55 років (70% захворювань на МДП). Значну роль у генезі цього захворювання відіграє обтяжена спадковість (80% випадків) та інші захворювання.

Маніакальна фаза МДП визначається клінічною картиною ведучого в цій фазі маніакального синдрому. Характеризується підвищеним радісним настроєм, прискоренням темпу мислення, мовним і руховим (психомоторним) збудженням – т. зв. маніакальною тріадою основних симптомів.

Для хворих характерна переоцінка своїх можливостей, здібностей і т. д. Це, здебільшого, стосується фізичних можливостей хворих, професійної діяльності, творчості. Через надто бурхливу діяльність, загальне пожвавлення, відчуття припливу сил у всіх цих сферах довкола хворого – на роботі, вдома, в лікарні відбувається справжня дезорганізація, реальний безлад.

Прискорення мислення нерідко доходить до свого найвищого вираження – “стрибка ідей” (фуга іде арум), коли одна думка знаходить на іншу, спостерігається віршоподібне римування висловлювань, декламуються вірші, співаються пісні, навіть у недоречних ситуаціях.

Свідомість та орієнтація хворих в оточуючому середовищі у маніакальному

стані переважно зберігаються. Вони стають надокучливими, в усе втручаються, не фіксують уваги на неприємностях, багатомовні, жартівливі та гомінкі в поведінці. Пониження критики супроводжується переоцінкою власних можливостей; можуть виникати ідеї величності, через наявність яких хворі стверджують про свої надзвичайні можливості, привабливість і фізичну силу. Підвищуються потяги, що проявляються у марнотратстві, сексуальних та алкогольних ексцесах, характерних висловлюваннях еротичного змісту. В цей період хворі можуть допускати невинуваті фінансові витрати, вчиняти крадіжки, брати хабарі, укладати невинуваті угоди і давати обіцянки, які неможливо виконати. Всі ці явища можуть підсилюватися дією алкоголізації. Коли збудження досягає своїх крайніх меж, хворі можуть ставати брутальними й агресивними.

Клінічні прояви найчастіше бувають у формі веселої або тяжкої, гнівливої манії. Значно рідше, переважно у літніх хворих, виникають маячення реформаторства, високого соціального походження, виключних можливостей.

Депресивна фаза МДП нерідко починається поступово, із соматичних, вегетативних проявів. Порушується сон, характерні ранні прокидання, розбитість і загальмованість зранку, тривожні побоювання, невиразні страхи, неможливість зосередитися, зниження працездатності. Хвороба маскується у своїх проявах під різні соматичні захворювання через домінування фізичних симптомів над психічними – це т. зв. “маскована”, ларвована (прихована) депресія. Нині ця форма депресивних станів дедалі більше розповсюджується.

При поглибленні розладів з'являються основні ознаки розгорнутого депресивного синдрому: подавлений настрій з нудьгою, ідеаторна та рухова загальмованість, депресивна тріада.

Для депресивної фази характерні ідеї самозвинувачення, самоприниження, гріховності; такі хворі вважають себе винними перед сім'єю, друзями, суспільством. Характерним є скорботний вираз обличчя, скутість рухів, зігнута, схилена постава. Іноді спостерігається повна нерухомість в ембріональній позі (меланхолічний ступор).

Клінічні прояви розгорнутої депресивної фази найчастіше бувають із передсерцевою нуддю, анестетичною депресією, маяченням іпохондричного змісту, в пізні роки трапляються депресії з маяченням типу Котара.

У багатьох випадках фази МДП мають змішаний характер – т. зв. змішані стани. Характерними є **ажитовані депресії**, коли змішуються симптоми збудження та загальмованості психічної діяльності. При **тривожно-ажитованій депресії** основний афект поєднується з тривогою, а іноді – зі страхом. Хворі не знаходять собі місця, волають про допомогу, розхитуються тілом із боку в бік. Саме в стані тривожно-ажитованої депресії переважно можна спостерігати **меланхолічний раптус** (меланхолічне шаленство): раптово виникає різке рухове збудження, що має метою самогубство чи самопонищення. Швидкість та есплозивність (вибухоподібність) дій під час меланхолічного раптусу залежить не тільки від патологічно прискорених дій,

а й від того, що в рухових реакціях є лише ті, які автоматично націлені тільки на реалізацію задуманого вчинку. Такі ажитовані хворі з депресивними розладами – найбільш небезпечні щодо самоушкоджень і самогубств, які скоюються на висоті погіршення, найчастіше у передсвітанковий ранній час, коли посилюються відчуття безвихідності і нуді.

Найбільш пом'якшеною формою МДП є **циклотимія**, при якій симптоми маніакальної та депресивної фаз невиразні. Так, не спостерігається зайвої поживленості чи виразної рухової загальмованості, скутості. Хворі найчастіше продовжують працювати і жити як звичайно.

При МДП та циклотимії постійно супутніми є соматичні порушення. З великою постійністю відзначається розширення зіниць, прискорення пульсу, спастичні запори, підвищення артеріального тиску тощо. При циклотимії, поряд з полегшеним перебігом маній і депресій (гіпоманій і субдепресій), соматичні розлади найчастіше вичерпуються лише незначними порушеннями сну, запорами, іноді похудінням.

Тривалість фаз при МДП коливається від 2 до 6 місяців, хоча з другої половини життя напади можуть набирати затяжного характеру (до 1 року і більше). Депресивні фази довготриваліші, ніж маніакальні.

Фази МДП, зазвичай, завершуються повним одужанням з відновленням усіх характерних особливостей особи. Однак водночас існує багато випадків, коли в світлих проміжках, між нападами, виникають гіпоманіакальні та субдепресивні розлади; хвороба роками може бути у замаскованій формі. У таких випадках говорять, що МДП перебуває на циклотимічному рівні.

Існує велика кількість випадків МДП, коли у хворих протягом усього життя виникла лише одна чи кілька фаз, хоч існує й велика кількість варіантів протікання хвороби. Найчастішими є:

- перебіг у формі періодичних тільки депресій чи тільки маній;
- перебіг подвійними фазами, коли один тип фази безпосередньо змінюється іншим, а потім спостерігається світлий проміжок-інтермісія;
- циркулярний тип тобто безперервний (континуальний) перебіг, коли протилежні фази змінюються без світлого проміжку. При зміні фаз іноді виникають т. зв. змішані депресивні стани, які можуть бути протягом усього нападу.

Судово-психіатрична оцінка МДП і циклотимії

Необхідність у судово-психіатричній експертній оцінці протиправних діянь осіб, котрі страждають на МДП, може виникати як стосовно таких дій під час клінічного перебігу фаз захворювання, так і тих, що були вчинені під час світлих проміжків.

У стані загострення хвороби, під час психотичного нападу, хворі втрачають здатність критично та свідомо оцінювати свої вчинки і можливість адекватно керувати поведінкою. В маніакальному стані вони часто порушують норми суспільного життя і правопорядку: вчиняють сварки, бійки, алкогольні ексцеси, інколи навіть прилюдні розпусні дії, а при сильному збудженні вдаються до

агресивних насильницьких дій. У такому стані частими є скандали, розтрата, хабарі, незаконні майнові угоди й обладнання.

У депресивному стані через значну психомоторну загальмованість, зниження розумової продуктивності антисоціальні вчинки хворих рідкісні. В таких станах питання про судово-психіатричну експертну оцінку може виникнути в зв'язку як із завершеним, так і незавершеним самогубством, а також із т. зв. розширеним самогубством. В останньому випадку провідним мотивом є те, що хворі з тяжкими депресивними переживаннями вважають приреченими не тільки себе, а й своїх близьких і з метою позбавлення їх від "неймовірних страждань" вбивають спочатку їх, а потім і себе. Про депресивні, інколи приховані розлади слід пам'ятати й у випадках, коли такі особи стають звинувачуваними, свідками чи потерпілими, а також враховувати можливість самообмовляння, самозвинувачення у таких хворих.

Ускладнення в експертній оцінці можуть виникати тоді, коли на час експертизи клінічні ознаки фази минули. У таких випадках потрібен детальний аналіз поведінки, матеріалів справи і всіх можливих відомостей про психічний стан особи в момент вчинення правопорушення. Якщо воно скоєне під час психозу, то виноситься заключення про неосудність та експертний висновок про доцільність застосування примусових заходів медичного характеру, особливо в разі соціальної небезпечності хворого.

У цивільному процесі угоди й інші юридичні акти, укладені в психотичному стані, визнаються недійсними у зв'язку з недієздатністю особи.

Особи, які вчинили злочин в одній із фаз циклотимії чи під час ремісії МДП, визнаються осудними. Однак, за наявності коротких світлих проміжків із тривалими хворобливими фазами МДП, перехідними станами цих осіб необхідно розглядати як хворих на тяжку хронічну душевну хворобу з частими загостреннями, а, отже, визнавати неосудними.

§ 3. Епілепсія та її судово-психіатрична оцінка.

Епілепсія (падуча хвороба, священна хвороба, хвороба римських легіонерів та ін.) – ендогенне психічне захворювання, що проявляється різними судомними випадками або безсудомними нападами (пароксизмами), гострими чи затяжними психозами, а також специфічними змінами особистості, що в тяжких випадках призводять до слабоумства.

Найбільш розповсюджена **вроджена** або **генуїнна форма епілепсії** включає в себе всі вище означені варіанти клінічних проявів і виникає в дитячому та юнацькому віці. Її перші описання відомі ще з давніх часів. Відомо, що на епілепсію страждали видатні особи: Магомет, Юлій Цезар, Іван Грозний, Петро I, Наполеон Бонапарт, Анатоль Франс, Федір Достоєвський та ін. Усім їм були властиві такі риси, як високий рівень інтелекту, працездатності і творчих здібностей. Однак, у своїй переважній більшості, виникаюча в ранньому дитячому віці епілепсія веде до затримки розумового розвитку, що за своєю клінічною структурою наближається до

олігофренії. Пізніший початок хвороби теж завжди дає хронічний перебіг клінічних проявів з тимчасовими покращеннями стану під дією лікування (за рахунок зупинення чи зменшення пароксизмальних явищ та їх еквівалентів) і веде до змін особистості по т. зв. епітипом – з подальшою деградацією особи і часто слабоумством.

За даними статистичних досліджень, розповсюдженість епілепсії серед населення становить 0,3–0,6%. Великого значення останнім часом у виникненні цього захворювання надається пологовим травмам, аномаліям розвитку плоду, впливу інфекцій та інтоксикацій, порівняно меншим визнається вплив спадковий факторів.

Поряд із генуїною формою епілепсії вирізняють ще **симптоматичну епілепсію**, при якій пароксизмальні розлади є лише одним з симптомів хвороби внаслідок травм головного мозку, судинних захворювань, менінгоенцефалітів тощо. Є ще **скронева епілепсія** з відповідними цій зоні руховими пароксизмами й особливостями змін особистості, а також **безсудомна**.

При всій різноманітності клінічних проявів епілепсії практично доцільно поділяти їх на 3 групи:

- короткочасні судомні або безсудомні (пароксизмальні) стани;
- гострі, затяжні та хронічні епілептичні психози;
- зміни особистості (характерологічні, інтелектуально-мнестичні) за епітипом, епілептичне слабоумство.

Пароксизмальним явищам можуть передувати т. зв. продромальні. Це, здебільшого, немотивована подразливість, головна біль, розлади нічного сну, тривога, непосидливість, передчуття нещастя, що насувається, а, іноді, навпаки, – неадекватне підвищення настрою. Зазвичай, “передвісники” нападів виникають в одних і тих же осіб однаково, стереотипно. Найтиповішими клінічними проявами судомних пароксизмів при епілепсії є випадки великі, розгорнуті (гранд маль) і малі (пті маль), а також різні типи аури, що майже в половині випадків спостерігаються перед пароксизмами (див. § 2 розділу II). Треба зазначити, що частота великих і малих випадків буває різною: від поодиноких протягом року, навіть життя, до щоденно і неодноразово повторюваних. Інколи бувають випадки, що йдуть один за одним, без прояснення між ними свідомості, – це т. зв. **епілептичний статус**, що може бути навіть смертельним для хворих і як невідкладний стан вимагає інтенсивної терапії та нагляду.

Другою великою групою пароксизмів є т. зв. **епілептичні еквіваленти** – нетривалі психічні розлади, котрі розвиваються ніби на заміну судомного випадку. Вони так само починаються і закінчуються раптово, нетривалі (хоча, на відміну від судомних випадків, можуть спостерігатися години та дні). Зазвичай, епілептичні еквіваленти однотипні у своїх проявах, за типом “кліше”; перед ними також бувають продромальні явища і різні типи епілептичної аури.

Дисфорії – найпоширеніша форма епілептичних еквівалентів, що спостерігається практично в усіх хворих на епілепсію тією чи іншою мірою. За своєю

сутністю – це розлад настрою хворого, в якому кількісно переважають афекти з пониженим настроєм. Настрій хворого швидко змінюється, з переважанням гнівно-злісного і тоскно-нудьгливого афекту, що поєднується з підозрілістю, тривогою, страхом, напруженістю, готовністю до агресивних дій, які, зазвичай, спрямовані проти оточуючих. Нерідко самі хворі скаржаться на бажання кого-небудь вбити, навіть з близьких, чи заподіяти ушкодження самому собі. Дисфоричний настрій може супроводжуватися неприємними відчуттями, а інколи й тяжкими, виснажливими фізичними, болісними (сенестопатичними) явищами в серці, внутрішніх органах або всьому тілі. Хворі не можуть зосередитися, зрозуміти запитання чи адекватно оцінити обстановку. Спостерігається або рухова загальмованість, або в тоскно-злобному настрої хворі не знаходять собі місця. Вони стають конфліктними, схильними до самоушкоджень, руйнівних дій (розшкрябують тіло, кусають руки, роблять припалювання шкіри цигаркою, розтрощують меблі і т. д.).

Рідкісні стани з підвищеним настроєм супроводжуються захватом, екзальтацією, екстазом. На висоті дисфорії може розвинутися потьмарення свідомості, про це свідчить фрагментарність спогадів про епізоди, які мали місце. Під час дисфорії можуть виникнути непереборний потяг до бродяжництва (дромоманія, поріоманія), запійного пияцтва (дипсоманія), крадіжок (клептоманія), підпалів (піроманія), а також сексуальні ексцеси.

Частими формами розладів свідомості при епілепсії, що теж відносяться до психічних еквівалентів і мають велике судово-психіатричне значення, є т. зв. затьмарені стани – **присмеркові (сутінкові) потьмарення свідомості**. Вони характеризуються дезорієнтованістю в місці перебування, часі, оточенні, у власній особі, а також неправильною поведінкою. Коли переважають лише такі розлади, говорять про просту форму присмеркового (сутінкового) потьмарення свідомості. Треба пам'ятати, що ці явища виникають гостро. Навколишні хворими не сприймається, контакт з ним неможливий, вчинки не усвідомлюються, рухи автоматизовані, хоч інколи складні та цілеспрямовані. Тривалість – від кількох годин до кількох днів. Події епізоду повністю амнезуються. Така форма сутінків частіше буває, коли епілепсія протікає з великими розгорнутими судомними припадками.

Присмеркові (сутінкові) затьмарення свідомості можуть супроводжуватися маяченнями, галюцинаціями, зміненим афектом. Початок інколи буває поступовим, зміст галюцинаторно-маячних розладів відображується на сприйнятті хворими навколишнього світу, їх висловлюваннях і вчинках. Мовний контакт із цими хворими тією чи іншою мірою збережений. Домінують маячні ідеї переслідування, загибелі, еротичні, релігійні або експансивні маячення величі, реформаторства, месіанства. З галюцинаторних розладів найчастіше бувають зорові і нюхові галюцинації, рідше слухові. Зорові галюцинації – чуттєво-виразні, нерідко червоно-жовтого, рожевого й інших кольорів. **Сутінкові стани з продуктивними розладами** тягнуться від кількох днів до тижня і більше. Нерідко трапляється альтернуючий

перебіг цих розладів: виникають короточасні періоди неповного прояснення свідомості, амнезія подій або повна, або ретардована (хворі спочатку можуть пам'ятати, а потім зовсім все забути).

Ступінь порушення свідомості при затьмарених станах, присмеркових розладах може бути різним – від глибокого потьмарення свідомості до нерізного звуження і легкого оглушення.

Особливо важко розпізнаються випадки **орієнтованого присмеркового (сутінкового) розладу свідомості**, який характеризується невеликою глибиною потьмарення свідомості, збереженням у хворих здатності до найелементарнішого орієнтування в навколишньому середовищі, впізнавання людей, котрі є близькими та знайомими, а також повною відсутністю або тільки короткотерміною, епізодичною появою продуктивних психотичних симптомів (маячень, галюцинацій, афекту злоби і страху). Хворі у подібних випадках зовні іноді виглядають людьми, які прокинулися, – у них не тверда хода, уповільнена мова. Коли в картині потьмарених станів домінують слоноподібні зорові галюцинації, що змінюють одні одних, то говорять про **деліріозну сплутаність або епілептичний делірій**; коли ж галюцинаторно-маячні розлади мають фантастичний зміст, а повна амнезія відсутня, то мова йде про **епілептичний онейроїд**. Нерідко після нього залишається резидуальне маячення – транзиторне або затяжне.

Протягом присмеркового потьмарення свідомості, при епілептичному онейроїді, а також при тяжких дисфоріях можуть виникати стани часткової або повної нерухомості – **епілептичний ступор або субступор**. Останній ніколи не досягає глибокого ступеня, наприклад, загальмування з заціпенінням. Тривалість ступорозних станів – години, дні, рідше тижні.

Галюцинаторно-маячні форми сутінків, деліріозна сплутаність та епілептичний онейроїд, як правило, виникають при епілепсії з переважанням поліморфних пароксизмів. Особливості психотичної продукції є причиною дуже небезпечної поведінки хворих для оточуючих.

До затьмарених станів без маячень і галюцинацій відноситься амбулаторний автоматизм і сомнамбулізм.

Амбулаторний автоматизм (фуга, транс) – мимовільне блукання в стані зміненої свідомості. При цьому навколишнє сприймається нечітко, на зовнішні подразники хворі реагують автоматичними виразами і діями. Зовні вони нагадують заглиблених у свої думки людей. Тривалість порушення свідомості – від кількох хвилин до кількох днів і тижнів; в останньому випадку хворі можуть здійснювати тривалі подорожі, наприклад, переїхати з одного міста в інше, здивувавшись цьому, коли повертаються до тями. Закінчуються ці стани частіше глибоким сном, а надалі відзначається амнезія.

Сомнабулізм (лунатизм, сноходження, сноговоріння) – амбулаторний автоматизм, який відбувається під час сну.

Особливі безсудомні стани – пароксизмально виникаючий безсудомний стан із

частковим порушенням свідомості. При ньому порушується орієнтування в навколишньому середовищі, правильність сприйняття оточуючого простору і часу, виникають симптоми “вже баченого” чи “ніколи не баченого”, розлади схеми тіла, оптико-вестибулярні порушення. Все це супроводжується афективними компонентами у формі страху, розгубленості, нерозумінням поточних подій, хоч усвідомлення свого “Я” зберігається. Амнезія відсутня або часткова.

У станах затьмареної свідомості й амбулаторного автоматизму хворі становлять підвищену соціальну небезпеку, тому що часто вчиняють тяжкі, в т. ч. агресивні, протиправні, що спрямовані проти особи дії.

З гострих психотичних станів унаслідок розладу свідомості особливу небезпеку становить **епілептичне шаленство**, яке призводить до тяжких руйнівних дій, часто з кримінальними наслідками, хоч і триває всього кілька хвилин. Під впливом викривлень свідомості і сприйняття в такому психотичному стані хворі, рятуючись від уявних переслідувачів, переслідування тощо, вчиняють вбивства, самогубства та самоушкодження, викидаються з вікон, а також нищать, трощать усе, що потрапляє під руки. Інколи після усього скоєного, навіть після вбивства, хворі засинають прямо на місці, біля жертви, а потім нічого не пам’ятають про такі події.

Серед гострих, затяжних і хронічних епілептичних психозів, що протікають без потьмарення свідомості, найбільше значення для судової психіатрії становлять маячні форми, передовсім із маяченнями переслідування, отруєння чи іпохондричного змісту. Еквіваленти та епілептичні психози частіше виявляються на окремих етапах захворювання, на тлі порідшання або навіть повного зникнення пароксизмально-судомних розладів. У тих випадках, коли прояви епілепсії вичерпуються лише еквівалентами чи психозами, говорять про **скритну, масковану або психічну, безсудомну епілепсію**.

Крім пароксизмально-судомних розладів, еквівалентів і психозів, що протікають без потьмарення свідомості, хворим на епілепсію властиві **зміни особистості за епілептичним типом**.

Ці зміни при епілепсії коливаються у своїй інтенсивності від нерізка виражених до глибоких, які на кінцевому етапі хвороби призводять до сформування епілептичного слабоумства. Виразність епілептичних особистісних змін залежить переважно від частоти і клінічних проявів хвороби, що вже на ранніх етапах є важливими діагностичними та прогностичними критеріями.

Змінюється характер процесів мислення: воно уповільнюється у своєму темпі, стає торпідним, важко рухомим – т. зв. “грузність”, “в’язкість” мислення. Хворі виявляють схильність до зупинення на малосутєвих деталях, утруднення при відмежуванні важливих і другорядних деталей, обставин. Коли вони про щось повідомляють, відзначається “застрягання” на несутєвих конкретних моментах. Поряд з утрудненим відтворенням минулого досвіду відбувається ускладнення в засвоєнні нового тематичного матеріалу. Це все ускладнюється і через характерне утруднення при переключеннях уваги, ослаблення пам’яті або її зафіксованість.

Відповідним чином змінюється афективна сфера хворих, коли певні афекти надовго займають домінуюче становлення, в зв'язку з чим нові враження не можуть їх витіснити, з'являється т. зв. "в'язкість" афективних реакцій. Хворі стають уповільненими, жадібними чи надто заощадливими, емоційноодноманітними, підкреслено або й фанатично релігійними. У хворих зі змінами особистості за епітипом своє "Я" стоїть у центрі уваги, висловлювань і дій (епілептичний егоцентризм). Для них характерний особливий педантизм, часто безпідставний оптимізм. Все це поєднується в характері цих хворих із подразливістю, прискіпливістю, схильністю до конфліктів, інколи улесливістю або схильністю до жорстоких, агресивних небезпечних для оточуючих дій, чи, навпаки, на першому плані – боязкість і підкреслена лагідність. Усі ці полярні властивості емоційного стану можуть співіснувати і становлять особливу рису мінливого характеру хворих на епілепсію ("з посмішкою на обличчі і камінням за пазухою"). Характерне застосування одноманітних мовних зворотів, виразів, удаванодоброзичливих, зменшувальних, ласкавих слів (доріженька, хатиночка, дорогенька, серденько). З роками зміни особистості нарастають, послаблюється пам'ять, втрачаються практичні навички, формується епілептичне слабоумство.

У практиці важливо розрізняти епілептичні й істеричні випадки, (напади), затьмарені стани свідомості. Істеричні розлади, як правило, розгортаються у відповідь на емоційні впливи, не супроводжуються розладами свідомості, відображають усім зрозумілі бажання чи побоювання хворих. Під час істеричних нападів переважно не спостерігаються тяжкі ушкодження після падіння, характер якого дуже обережний, обачний, інколи – це просто осідання на підлогу. Не буває прикусу язика, властивого для епілепсії синього-червоного кольору обличчя (відповідно до назви – "чорна хвороба"), зберігаються знічні реакції на світло, глибокі та корнеальні рефлекси, відсутність яких характерна для коматозної фази великого розгорнутого епілептичного випадку. Судоми не мають закономірної зміни фаз і носять хаотичний характер: пози хворих виразні, напади часто супроводжуються кризами, риданнями, проявляється реакція хворих на зовнішню обстановку, репліки присутніх тощо. Тривалість істеричних нападів значно більша, ніж у епілептичних випадків, – до кількох годин. Уся поведінка хворих при істеричних станах має відтінок навмисності, театральності.

Необхідно враховувати можливість практичного поєднання, особливо в умовах судово-слідчої ситуації, епілептичних та істеричних порушень, а також явно симулятивних дій, що іноді ускладнює судово-психіатричне експертне обстеження. Додаткову допомогу при диференційній діагностиці можуть давати сомато-неврологічні обстеження, дані електроенцефалографії при виявленні характерних для епілепсії мозкових порушень.

Судово-психіатрична оцінка епілепсії

Експертна оцінка епілептичної хвороби дуже складна. Навіть один і той же хворий може бути визнаний осудним щодо злочину, вчиненого у міжвипадковому

періоді, та екскульпованим стосовно діяння, що відноситься до періоду пароксизму.

Встановлення діагнозу епілепсії ще не обумовлює однозначного експертного висновку. Необхідно довести наявність або відсутність тих чи інших пароксизмальних явищ, інших психічних розладів під час вчинення правопорушення. Навіть в умовах стаціонарної судово-психіатричної експертизи не завжди вдається спостерігати епілептичні напади та їх еквіваленти, часто на заваді стає симулятивна поведінка суб'єкта, тому важливим є ретельне вивчення відповідної медичної документації (історій хвороби, амбулаторних карт, журналів медичного спостереження за станом хворого), а також даних лабораторних і додаткових методів дослідження.

Найважливішими і найскладнішими в усій судово-психіатричній практиці є розпізнання і експертна кваліфікація швидкоплинних, у т. ч. епілептичних, розладів, що нерідко стають причиною суспільно небезпечних дій (зокрема, спрямованих проти особи). Труднощі такої експертизи визначаються необхідністю ретроспективного відтворення клінічної картини стану хворого, що спостерігався в момент протиправних дій. Основну роль при цьому відіграють показання свідків. Важливі також первинні покази звинуваченого, що були дані ним відразу після скоєного, тому для експертів першочергове значення мають ретельно зібрані матеріали справи, які містять характеристики поведінки хворого, його висловлювань, зовнішнього вигляду напередодні, в момент і після правопорушення.

Кримінальні дії, вчинені у затьмарених станах свідомості, характеризуються певними особливостями (відповідним почерком): раптовістю, безмотивністю, відсутністю умислу – спеціального наміру, неприйняттям заходів перестороги, відсутністю намагань приховати наслідки та сліди вчиненого діяння. Діагностичними в цьому плані є ознаки незрозумілої та надзвичайної жорстокості нанесення жертві численних тяжких ушкоджень нерідко з наступним спотворенням і розчленуванням трупа. Подібний характер злочину, зрозуміло, зумовлює припущення про наявність присмеркового (сутінкового) потьмареного стану.

Додаткові дані про виникнення випадку в період, близький до правопорушення, наступні різка зміна психічного стану – “дивний вигляд” (розсіяний погляд, загальмованість рухів або немотивоване збудження) та сон (часто просто на місці злочину, іноді поряд із жертвою), наявність подібних станів у минулому роблять діагноз присмеркового стану достатньо переконливим.

При проведенні судово-психіатричної експертизи потрібно мати на увазі, що існують різні варіанти затьмарених станів, у т. ч. з невеликою глибиною зміни свідомості, зі збереженою здатністю хворих до грубого орієнтування і поверхневого контакту з оточуючими (т. зв. орієнтовані сутінки), а також можливе психотичне забарвлення хворобливих (галюцинаторно-маячних) переживань. Іноді в присмерковому стані хворі спрямовують свою агресію проти осіб, з котрими раніше були в конфліктних стосунках.

Симптоми амнезії для експертизи є лише додатковим критерієм, який

враховується в комплексі та у співставленні з іншими даними, тому що підекспертні можуть використовувати цей факт з захисною метою. Одночасно потрібно мати на увазі можливість відставленої (ретардованої) амнезії. Так, на перших допитах хворий сповіщає про свої переживання і певні факти, а пізніше не пам'ятає не тільки про них, а й іноді про самі допити. Хворі стосовно діянь, скоєних у присмерковому стані, визнаються неосудними і підлягають екскульпації.

Правопорушення, скоєні в стані дисфорії, трапляються рідше. Як правило, це різні агресивні дії. Їх судово-психіатрична оцінка залежить від глибини дисфоричного стану. Виникнення маячних переживань, порушення свідомості на висоті такого стану вимагають визнати особу неосудною.

Вчинення суспільно небезпечних дій можливе, хоч і рідше, в станах інших короткочасних епілептичних розладів. Це стосується малих епілептичних припадків, амбулаторних автоматизмів і т. д. На практиці з такими явищами переважно зустрічаються у справах, пов'язаних із випадками аварій на транспорті (наїздів, порушень правил дорожнього руху), підпалів, актів ексгібіціонізму (оголення статевих органів у присутності осіб протилежної статі) тощо. Такі особи теж визнаються неосудними.

Підлягають екскульпації й особи з гострими, затяжними та хронічними психозами.

У випадках, коли правопорушення вчиняється в міжприпадковому періоді, рішення залежить від ступеня змінності психіки. За наявності виразної деградації особи (слабоумства) хворі визнаються неосудними. Деградація особистості і глибина інтелектуальних порушень можуть маскуватися під час збільшення припадків, видаватися глибшими. Хворих, що не мають виразних змін психіки, при неглибоких змінах особистості стосовно правопорушень, вчинених ними в той час, коли не було епілептичних пароксизмів, визнають осудними, їм призначають лікувальні заходи на загальних підставах.

Прогресуючий перебіг хвороби, резистентність до терапії слугують додатковим критерієм для екскульпації хворого чи застосування статей 19, 20 ККУ щодо обвинуваченого та ст. 84 ККУ, ст. 408 КПКУ щодо засудженого.

У випадках позбавлення волі хворих, визнаних осудними стосовно вчинених ними правопорушень, з метою попередження у них подальшого прогресування захворювання та профілактики повторних правопорушень в акті експертизи рекомендується проведення амбулаторного, підтримуючого лікування за місцем відбування покарання. Також оговорюється і вказується на небезпечність роботи хворих із припадками біля вогню, на висоті і біля механізмів, які рухаються.

При судово-психіатричній експертизі свідків і потерпілих для визначення можливості правильно сприймати обставини справи і надавати про них вірні свідчення, остаточне рішення залежить від перебігу хвороби та виразності і глибини психічних порушень. Особи з явно вираженим слабоумством свідками бути не можуть.

У цивільному процесі при вирішенні питання дієздатності хворих на епілепсію судово-психіатрична оцінка дається з урахуванням ступеня і виразності слабоумства. Цивільно-правові акти не укладаються і не визнаються дійсними під час пароксизмальних станів та еквівалентів.

§ 4. Психічні розлади органічного походження, симптоматичні включно (F-00 – F-09). Судинні захворювання головного мозку.

Атеросклероз судин головного мозку. Атеросклероз є загальним захворюванням при якому переважно пошкоджуються артерії серця, мозку та інших органів за рахунок відкладення в їх стінках ліпоїдів і розростання сполучної тканини, в результаті чого відбувається порушення кровопостачання окремих органів.

Атеросклероз мозкових судин розвивається здебільшого в похилому віці. Причинами, що сприяють його виникненню, можуть бути спадковість, психогенні, черепно-мозкові травми, інтоксикації (в т. ч. алкоголь, паління), спосіб життя і харчування.

Відзначається певна клінічна послідовність (стадійність) розвитку церебрального атеросклерозу. Одним із найбільш ранніх проявів захворювання є **неврастеноподібний синдром**. При цьому характерні скарги на слабкість, підвищену стомлюваність, розлади сну, головні болі, головокружіння, парестезії, шум і дзвін у вухах. Послаблюються запам'ятовування та фіксація нового матеріалу. Настрій знижується, з'являються сльозливість, тривожність, іпохондричні побоювання. Підсилюються і **загострюються особистісні особливості**, наприклад, особи, схильні до певного неспокою, стають особливо тривожними, вразливими, акуратні – підкреслено педантичними і т. д.

Під час прогресування атеросклеротичного процесу помітно підсилюються **психоорганічні розлади**, які супроводжуються занепадом психічної діяльності. В картині хвороби на перші позиції виступають інтелектуально-мнестичні розлади, що проявляються виразними порушеннями пам'яті, уваги, падінням працездатності. Психічна діяльність набуває ригідного характеру, мислення втрачає легкість і гнучкість. З'являється схильність до зайвої ретельності, застрягання на окремих, навіть незначних деталях. Наростають емоційні зрушення, підвищена подразливість, слабодушність, нетримання афектів. Хворі стають егоїстичними, коло інтересів звужується, хоча морально-етичні та соціальні установки особи зберігаються ще довгий час. Іноді картина інтелектуального зниження різко підсилюється після гострих порушень мозкового кровообігу, результатом чого може бути розвиток **постапоплектичного слабоумства**, клінічна структура якого в деяких випадках нагадує псевдопаралітичний стан із різким зниженням критики та рівня мислення, благодушно-ейфоричним настроєм і грубим порушенням пам'яті й орієнтування.

Після мозкових крововиливів іноді розвивається характерний симптомокомплекс типу амнестичного Корсаковського синдрому. Можливі **судомні прояви**

(т. зв. пізня епілепсія).

При мозковому атеросклерозі можуть спостерігатися **психотичні стани**. Так, у зв'язку з гострим порушенням мозкового кровообігу може розвинутися **присмерковий розлад свідомості**, що протікає з картиною психомоторного збудження, неправильною, іноді агресивною поведінкою. Певний судово-психіатричний інтерес становлять **підгострі за перебігом, маячні синдроми з ідеями ревнощів**, які найчастіше бувають у чоловіків. Маячення ревнощів часто поєднуються з ідеями шкоди, сполохами подразливості, злості й агресії. У такому стані хворі можуть скоювати тяжкі суспільно небезпечні дії. В умовах судово-слідчої практики дуже важливо підкреслити особливу схильність хворих на мозковий атеросклероз до виникнення **психогеннообумовлених реактивних станів**, що нерідко мають затяжний характер.

Гіпертонічна хвороба. Основною її клінічною ознакою є підвищення артеріального тиску, яке обумовлене нервово-функціональними порушеннями регуляції судинного тону. Ця хвороба є хронічним захворюванням з різними клінічними проявами залежно від стадії її розвитку і переважної локалізації пошкодження судин (серця, мозку чи нирок). **На початковій стадії, при церебральній формі** захворювання, психічні зміни нестійкі, відображають зв'язок із коливаннями рівня артеріального тиску і переважно відповідають **неврозоподібному синдрому**. Нерідко виникають різного роду **настирливі явища**: спогади, сумніви, страхи, особливо страх смерті.

На другій і третій стадіях поряд із наростанням соматичних і невротичних розладів, обумовлених стійким підвищенням артеріального тиску, підсилюються і стають більш різноманітними **психічні порушення**. Можуть виникати короточасні **гіпертонічні психози**, які протікають з картиною порушення свідомості за типом **сутінкових, деліріозних чи аментивних станів** або **станів оглушення**. У несприятливих випадках перебіг хвороби може ускладнитися **гіпертонічним інсультом**, наслідком якого можуть бути більш-менш виражені **явища випадіння** у вигляді **паралічів, парезів, мовних порушень**. Психоорганічне зниження за своєю структурою нагадує **атеросклеротичне слабоумство**, але з більш грубими порушеннями пам'яті і критичних здібностей. Може проходити також швидке прогресування з формуванням **психоорганічного дефекту**. Через підвищену афективну нестійкість у хворих гіпертонічною хворобою в умовах психотравмуючої ситуації нерідко розвиваються **реактивні стани**, що мають схильність до **продовжаного перебігу**.

При гіпертонічній хворобі можуть розвинутися й інші розлади. **Псевдотуморозний синдром** своїми проявами (різкою головною білью, ейфорією, затримкою психічних процесів) нагадує клінічну картину пухлини мозку. Іноді виникає потреба диференціації церебральної форми гіпертонічної хвороби і прогресивного паралічу в зв'язку вираженими в картині хвороби ейфорією, глибоким занепадом пам'яті, розладами критичних здібностей.

Судово-психіатрична оцінка. Особи з початковими стадіями судинних захворювань, як ті, що не виявляють виражених психотичних порушень, стосовно скоєних ними правопорушень визнаються осудними. Неосудними визнаються лише особи з явищами вираженого слабоумства або ті, котрі скоїли інкриміноване їм діяння в стані судинного психозу. Враховуючи труднощі, які нерідко виникають при встановленні ступеня та глибини психічних змін в осіб із судинними захворюваннями головного мозку, їх потрібно направляти для проведення судово-психіатричної експертизи в стаціонар.

Винесення судово-психіатричного висновку може бути утруднене при виникненні **реактивних станів** в осіб із судинними захворюваннями головного мозку. Іноді **такі стани в осіб із церебрально-судинною недостатністю** можуть набувати дуже тривалого та несприятливого перебігу, на тлі якого прогресує судинний процес із наростанням органічного зниження. У таких випадках рішення експертних питань остаточно потрібно відкласти до ліквідації реактивних нашарувань, що може бути досягнуто проведенням лікування в період стаціонарної судово-психіатричної експертизи або шляхом направлення цих хворих у психіатричні лікарні до виходу з хворобливого стану. Якщо несприятливий перебіг судинного захворювання зі схильністю до повторних мозкових крововиливів і наступного швидкого наростання слабоумства виник в осіб після скоєння правопорушення, але до винесення вироку, то потрібно ставити питання про застосування ч. 3 ст. 19 ККУ. **Післяінсультне слабоумство**, що розвинулось у засуджених під час перебування їх у місцях позбавлення волі, дає привід для дострокового звільнення від подальшого відбування покарання.

Стосовно заходів медичного характеру щодо осіб із судинними захворюваннями, визнаними неосудними, то з них лише деякі, з явищами деменції або психозів з маячним синдромом потребують направлення на примусове лікування, зокрема, злобні, експлозивні, збуджені, з маяченням ревнощів і переслідування. Більшість хворих, що скоїли нетяжкі діяння, в повелінні яких домінує в'ялість, мала активність, можуть бути направлені в психіатричні лікарні на загальних засадах або передані на опікування рідних і під нагляд психдиспансеру. Визначення дієздатності осіб із судинними захворюваннями головного мозку в зв'язку з їх тенденцією, з одного боку, до прогресування і наростання психоорганічної симптоматики, з іншого – до певної хвилеподібності перебігу з коливаннями вираженості хворобливих проявів, нерідко є утрудненим. Справа ускладнюється й тим, що це питання часто стосується минулого часу, виникає після смерті особи, котра склала заповіт або оформила якийсь інший юридичний документ чи акт. Також є складними для судово-психіатричної оцінки стани, що розвинулися у хворих після мозкового крововиливу. При цьому в гострому періоді, який протікає з порушенням свідомості, глибокими розладами пам'яті, порушеннями мови та іншими симптомами, хворі повинні визнаватися недієздатними, а вчинені ними угоди чи інші оформлені юридичні акти – недійсними.

У хронічному періоді експертна оцінка визначається ступенем і глибиною психічних змін, що виникли в наслідків мозкового крововиливу. При цьому наявність післяінсультного слабоумства виключає дієздатність, відсутність же значних залишкових психопатологічних симптомів не перешкоджає визнанню особи дієздатною.

§ 5. Психічні розлади пізнього віку.

У зв'язку зі значним "постарінням" населення країни та зростанням кількості психічно хворих людей у передстаречому (45–65 років) і в старечому, похилому (після 65 років) віці проблема психічних розладів означеної категорії набуває все більшої актуальності.

Психічні розлади в пізньому віці можна розділити на **пограничні та виражені психотичні (психози)**.

Психічні розлади **пограничного типу** переважно проявляються пригніченням, підвищеною тривожністю, перебільшеною увагою до свого здоров'я, фіксацією на неприємних відчуттях, тобто групою симптомів, які, зазвичай, відносять до **неврозоподібних**. Нерідко зустрічаються характерологічні зміни: звуження кола інтересів, подразливість й афективна нестійкість. Наведені вище розлади часто поєднуються з серцево-судинними та іншими соматичними захворюваннями.

Психотичні розлади можуть проявлятися неправильною оцінкою та сприйняттям навколишнього світу, значним порушенням критики, виразними інтелектуально-мнестичними розладами. Із психозів передстаречого віку виокремлюють **інволюційну меланхолію або депресію, інволюційний параноїд і пресенільну деменцію**.

Пресенільні психози. Характерним є їх початок із психогенно-істеричної симптоматики, в умовах психотравмуючої ситуації, після скоєння правопорушення, в період слідства. Через це не одразу виявляється істинне походження захворювання і виникають труднощі в його нозологічній оцінці. Перебіг і закінчення пресенільних психозів у літературі висвітлені недостатньо та з певними протиріччями. Більшість авторів вказують на тривалість і в'ялість їх перебігу, поступову втрату афективної насиченості психопатологічної симптоматики, довгу відсутність розпаду основних психічних рис особи. Певну складність становить і те, що ці хворобливі стани доводиться відмежовувати від шизофренії та маніакально-депресивного психозу в пізньому віці, оскільки захворювання набувають інволюційного забарвлення, однак особливості психопатологічної структури і динаміки захворювання дозволяють правильно визначити їх нозологічну приналежність.

Інволюційна меланхолія – це найпоширеніша форма психічних розладів. Вона проявляється емоційними порушеннями у вигляді тривожно-ажитованої депресії, нерідко з іпохондричними переживаннями. Хворі висловлюють різні тривожні побоювання, невизначені страхи, думки про нещастя, що очікують їх сім'ю. Ці висловлювання набувають одноманітного характеру. Доповненням до афективних порушень у хворих також спостерігаються ідеї гріховності і переслідування, які

набувають іноді складного фантастичного характеру, з думками про загибель близьких і навіть про загальнолюдську катастрофу. Всі ці психопатологічні прояви можуть розвинути на фоні рухової загальмованості чи моторного збудження.

Пресенільний параноїд – друга за частотою формою пресенільних психозів, що проявляється як пресенільне маячення заподіяної шкоди, пресенільна параноя чи парафренія. Типовим для цих хворобливих станів є наявність виразних маячних ідей і галюцинацій, знову ж таки на тлі тривожно-тосчного настрою. Маячення стійкі, мають інтерпретативний характер, для них є типовою конкретність і тривіальність змісту. Найбільш характерними є маячні ідеї навмисно завданої шкоди, переслідування та ревнощів. Галюцинації найчастіше бувають слуховими і тактильними. Хворобливі прояви переважно пов'язані з певною ситуацією, включають у себе патологічну переробку ситуації, реальних подій. Хворі скаржаться, що їх переслідують на роботі, у власній квартирі, ті чи інші особи хочуть “зжити їх зі світу”, заволодіти їхнім житлом, майном, а також “чують”, як перемовляються переслідувачі, відчують на собі дію гіпнозу, променів, отрут тощо. Маячні ідеї теж пов'язані з певними особами й обставинами. Хворий чи хвора ревнують свою жінку чи чоловіка до сусідів, знайомих або близьких родичів. Для підтвердження своїх маячних висловлювань вони використовують окремі незначні факти. Емоційні порушення у хворих характеризуються монотонністю афекту.

Інволюційна істерія. При цій формі психозу на перше місце виступають афективна нестійкість, лабільність, запальність, бурхливі емоційні реакції з незначних приводів. Хворі часто відчують спазми в горлі при хвилюванні, скаржаться на неприємні відчуття в тілі. Нерідко у них спостерігаються парези кінцівок і функціональні припадки. Необхідно відзначити, що загальна нервова лабільність із різними функціональними нашаруваннями буває у багатьох жінок при настанні клімаксу, але надалі це минає.

Пресенільні деменції також відносять до групи передстаречих психозів. Вони носять назви від прізвищ вчених котрі їх описали, – **хвороби Альцгеймера** та **Піка**. Спільним для них є малопомітний початок, прогресивність, незворотність розладів, прогресуюче слабоумство, що поєднується з локальними вогнищевими розладами.

При хворобі Альцгеймера прогресуюче слабоумство поєднується з наростаючими розладами пам'яті за типом прогресуючої амнезії. З розвитком рано виявляються і підсилюються такі симптоми, як афатичні розлади (амнестична та сенсорна афазія, логоклонії та насильницька мова), порушення письма, читання, апраксія та агнозія; іноді спостерігаються епілептиформні припадки.

Хвороба Піка нерідко починається псевдопаралітичним синдромом (при переважному ураженні лобних ділянок головного мозку) або змінами особистості, що проявляються байдужістю, розторможенням емоцій, потягів, переважно підвищеним настроєм, психічною та моторною спонтанністю. У хворих різко знижується критика при відносно довготривалій збереженості формальних знань, навичок і пам'яті. В клініці захворювання також спостерігаються своєрідна мовна стереотипія, ехолоалія,

на окремих етапах з'являються практичні порушення.

Старечі (сенільні) психози трапляється частіше в віці 65–70 років, захворюваність серед чоловіків і жінок приблизно є однаковою. Захворювання пов'язане з віковими змінами в організмі та може проявлятися як у прогресуючому слабоумстві, так і в афективних або галюцинаторно-маячних психозах. Хвороба починається, як правило, поступово, непомітно, часто з неврозоподібних і характерологічних порушень. Клінічно виокремлюють дві форми старечих психозів: **старече слабоумство і старечі (сенільні) психози** у власному розумінні.

При **сенільному слабоумстві** відповідне місце в клінічних проявах займають виразні **тотальні розлади інтелекту** в поєднанні з особливими мнестичними (прогресуюча амнезія) та емоційними порушеннями. Часто відзначається дисоціація між неможливістю розуміння ситуації і достатньою збереженістю звичних форм поведінки та навичок. Спостерігається розпад цілісного просторового сприйняття, неможливість правильної, оцінки ситуації та обстановки загалом. Виразно виступають порушення пам'яті, передовсім на поточні події, потім мнестичні розлади розповсюджуються на більш ранні терміни життя. Пробіли в пам'яті, що утворилися, хворі заповнюють вигаданими подіями. Ці конфабуляції у окремих хворих можуть створювати враження маячних висловлювань, однак вони відрізняються нестійкістю, відсутністю певної тематичності. Афективні прояви хворих виявляються або переважанням благодущності, або похмуро-подразливого настрою. В поведінці проявляється інертність, пасивність; одні хворі не можуть нічим зайнятися, інші, навпаки, метушаться, збирають речі, намагаються кудись піти. Нерідко їхня поведінка зумовлена розгальмованістю інстинктів, підвищеним апетитом і сексуальністю. Хворі жадібно та багато їдять, збирають залишки їжі, скаржаться на те, що їх не годують. Сексуальна розгальмованість виявляється в ідеях ревнощів, у спробах розбещуючих сексуальних дій стосовно малолітніх. Від проявів старечого слабоумства потрібно відрізняти стани, які визначаються поняттям “зниження рівня особи”. Ці стани виявляються в загальній уповільненості психічних процесів, значному утрудненні в засвоєнні всього нового, зниженні рівня тлумачень і критики, збідненні емоційного життя.

Психічні порушення у вигляді **маячних і галюцинаторних** станів при старечих психозах трапляється так само часто, як і слабоумство. Ця форма сенільного психозу проявляється у хворих, зазвичай, на початку захворювання, за відсутності виразного слабоумства. У хворих з маяченням спостерігаються також емоційні порушення у вигляді депресивних станів. Хворі висловлюють маячні ідеї переслідування, провини, гріховності, зубожіння, а також іпохондричні ідеї; маячні переживання пов'язані з конкретними ситуаціями і обставинами. В маячних висловлюваннях фігурують окремі факти реальних обставин. Разом із маячними переживаннями виявляється і галюцинаторна симптоматика. Галюцинації бувають усіх різновидів і за своїм змістом пов'язані з маячними ідеями, але більш типовими є зорові галюцинації. Епізодично можуть виникати стани розладів свідомості з численними

конфабуляціями, зокрема, при приєднанні інфекцій і погіршенні соматичного стану хворих.

Перебіг маячних психозів може бути хвилеподібним. Галюцинаторно-параноїдальні стани можуть повторюватися кілька разів, відбуваються афективні зміни, між цими станами спостерігаються світлі проміжки.

Стосовно питання діагностичної оцінки вказаних вище захворювань, потрібно відзначити, що в багатьох випадках важко відрізнити сенільне слабоумство від атеросклеротичного, а також старечі маячні психози від пресенільного маячення спричиненої шкоди або інволюційного параноїду. Для диференціальної діагностики цих захворювань мають значення особливості слабоумства хворих і вік, коли в них почалося захворювання.

Судово-психіатрична оцінка хворих пресенільними та сенільними психозами може проводитися за певних обставин. Хворі на інволюційну меланхолію іноді скоюють вбивства близьких і самогубство, щоб уникнути смерті в тяжких муках, яка нібито очікує їх і членів їхніх сім'ї. Хворі зі старечим слабоумством можуть забути виключити газ, спричинити пожежу і т. д. За наявності сексуальної розгальмованості такі хворі скоюють спроби розтління неповнолітніх, займаються з ними розбещувальними діями. При маячних ідеях переслідування, ревнощів можливі спроби вбивства чоловіка (жінки), уявного переслідувача, суперника тощо. Часто виникає питання про необхідність судово-психіатричної експертизи таких хворих у зв'язку з цивільними справами: заповітами, дарчими актами, оборудками, угодами. Потрібно мати на увазі, що наявність соматичних і психічних ознак старечої дряхлості (якщо немає слабоумства і продуктивної психотичної симптоматики) не виключає осудності і дієздатності осіб похилого віку. При наявності пресенільного і сенільного психозів як у формі слабоумства, так і виражених депресивних, галюцинаторно-параноїдних переживань хворі визнаються неосудними та недієздатними. В окремих осіб психоз розвивається після порушення карної справи або в період відбування покарання. В таких випадках хворі з афективними порушеннями і відносно сприятливим перебігом захворювання потребують лише на короткий термін стаціонарного лікування в психіатричній лікарні. Після виходу з хворобливого стану вони можуть відбувати покарання. До хворих, у яких захворювання приймає хронічний перебіг, можливе застосування ч. 3 ст. 19 ККУ або ст. 408 КПКУ.

§ 6. Порушення психіки внаслідок травматичного ураження головного мозку.

Про актуальність проблеми травматичного ураження може свідчити хоча б те, що за статистикою майже кожний третій випадок втрати працездатності – це травма головного мозку. Хворі після травми становлять значну частку осіб, котрі перебувають на психіатричному диспансерному обліку. Серед психічних розладів, які були зумовлені зовнішніми хвороботворними впливами, виключаючи

спричинену алкоголізмом патологію, черепно-мозкова травма займає провідні позиції.

Наслідки травм головного мозку проявляються переважно в різних інтелектуально-мнестичних, емоційних (афективних) і вольових порушеннях. Типовими для травматичного захворювання потрібно вважати такі форми психічної патології, як епізоди потьмареної свідомості, судомні припадки й інші пароксизми епілептичного кола, довготривалі чи періодичні психози галюцинаторно-маячного характеру, стійкі зміни особи з формуванням систематизованих маячних ідей переслідування, ревнощів, сутяжного чи іпохондричного змісту. Кожний із проявів хвороби чи їх сукупність можуть бути визначаючим або додатковим фактором ризику протиправних дій.

Черепно-мозкові травми являють собою різні види і ступені механічного пошкодження кісток черепа, мозку, його оболонок і судин.

Традиційно розрізняють закриті (найчастіші) і відкриті варіанти черепно-мозкових травм. При закритих травмах зберігається замкненість внутрішньочерепної порожнини, при відкритих відбувається порушення цієї замкненості і внутрішньочерепна порожнина з'єднується з зовнішнім середовищем. В обох випадках ушкоджуюча дія на головний мозок визначається його струсом, забоєм, пошкодженням мозкової тканини з розривом м'яких мозкових оболонок і здавленням (компресією) вилитою кров'ю. Нерідко всі патологічні явища розвиваються одночасно. Між закритими і відкритими (непроникаючими та проникаючими в речовину мозку) травмами існують перехідні форми.

Струс і забій головного мозку в поєднанні, разом з масивними внутрішньочерепними крововиливами (гематомами), є патоморфологічним субстратом т. зв. важкої (критичної) черепно-мозкової травми, для якої характерна довготривала втрата свідомості (кома) і масивні розлади життєво важливих функцій організму.

За критерієм перебігу клінічну картину черепно-мозкової травми прийнято розділяти на кілька послідовних **стадій**. Перша з них – **початкова**. Це фактично безпосередній результат травми: втрата свідомості різної глибини і тривалості від легкої короткочасної оглушеності (обнубіляція, захмарення) до тяжкої коми; триває кілька годин, днів чи тижнів. Хворі виглядають мовчазними та бездіяльними, періодично впадають у дрімотний стан або постійно сонливі. У такому стані виключається можливість не тільки цілеспрямованої та планомірної діяльності, а й рухова діяльність взагалі. Зрозуміло, що подібні стани не можуть бути фактором ризику або основною причиною антисуспільних дій, тому не мають особливого значення для судово-слідчої практики і судово-психіатричної експертизи.

Ситуація відразу змінюється, як тільки зникає оглушення, кома і настає гострий період починається відновлення втрачених психічних функцій. У цьому періоді (3 – 8 тижнів) на фоні загальмованості психіки приблизно в третині випадків можуть спостерігатися одиничні або серійні судомні припадки. Вони бувають розгорнутими (великими) або абортивними, часто з виразним фокальним компонентом, за

клінічними ознаками якого навіть на ранній стадії травматичної хвороби можна визначити переважну локалізацію вогнища ураження головного мозку.

У перші дні, тижні після травматичного епізоду можуть виникати психотичні стани, які переважно представлені синдромами присмеркового (сутінкового), деліріозного, онейроїдного (сноподібного) й аментивного **потьмарення свідомості**. Можливі також амнестичний Корсаковський синдром, морія (дуркуватість – своєрідне мовне та рухове збудження на фоні підвищеного настрою), афективні психози у вигляді депресії чи маніакального стану. За винятком аменції та онейроїду, вони всі мають судово-психіатричне значення, оскільки в цих випадках унаслідок потьмарення свідомості, наявності галюцинаторно-маячних переживань, розладів пам'яті і критичних здібностей, грубої афективної патології **існує реальна небезпека скоєння хворим протиправних дій**.

Не завжди своєчасно та однозначно діагностується психотичний стан через раптовість його виникнення, інколи нерозгорнутість клінічної картини або через зовнішню схожість хворобливих дій із вчинками та поведінкою, детермінованими реальною ситуацією, соціально значущими вимогами оточуючого середовища. Складність діагностичної кваліфікації стану хворого в період скоєння ним протиправної дії трапляється на практиці, зокрема, через брак необхідної інформації, відображеної у відповідних документах, що представляють СНЕК: насамперед показання свідків, свідчення звинуваченого і професійна оцінка спеціалістами-медиками характеру нервово-психічних порушень, безпосередньо пов'язаних із перенесеною черепно-мозковою травмою.

У випадках тяжких черепно-мозкових пошкоджень, які характеризуються множинними вогнищами ушкодження, після виходу з коматозного стану може розвинути картина сплутаності з амнестичною дезорієнтованістю, розгубленістю, хаотичністю рухів і процесів мислення. Одним із важливих компонентів цієї форми розладу свідомості є стереотипне психомоторне збудження і фрагментарність мовної продукції, логічно не пов'язаної із зовнішніми обставинами; це клінічна картина аменції. Надалі з відновленням ясності свідомості і впорядкування поведінки на перший план виступають порушення пам'яті у формі антеро- і ретроградної амнезії (втрата пам'яті на події до і після епізоду порушення свідомості), а також фіксаційної амнезії, хибних впізнавань і спогадів, тобто формується Корсаковський синдром, що незмінно згадується в переліку психопатологічних картин, які розвиваються в гострому періоді та **періоді найближчих наслідків (до 6–12 місяців) черепно-мозкової травми**. У прогностичному плані таку динаміку травматичної хвороби потрібно визнати несприятливою, тому що на віддалених етапах розвиваються стійкі психоорганічні розлади або травматичне слабоумство.

Окремі епізоди деліріозного, онейроїдного, особливо присмеркового потьмарення свідомості у різних варіантах можуть виникати на кожному з етапів перебігу травматичної хвороби. В гострому періоді серед травматичних психозів перше місце посідають **присмеркові стани**.

Численні різновиди присмеркового (сутінкового) потьмарення більш-менш вкладаються у певну структуру вірогідних клінічних ознак: гострий, раптовий, без попередніх передвісників початок; відносна короткочасність; охопленість свідомості афектом страху, нуді, люті (“напруженість афекту”); дезорієнтованість, наявність виразних галюцинаторних образів і картин зловісно-злякувального змісту; гострий чуттєвий тип маячень; брутальне агресивне збудження або видима послідовність і навіть обумовленість вчинків; критичне, раптове закінчення; термінальний сон, амнезія того, що сталося.

У такому стані хворі нерідко скоюють тяжкі правопорушення, і сумнівів у тому, що вони повинні бути екскульповані (як і в випадках іншої форми потьмарення свідомості), ніколи не виникає. В судово-психіатричній практиці з метою ідентифікації присмеркового (сутінкового) епізоду з психотичним станом (“короткочасний хворобливий розлад психічної діяльності”) використовується комплекс психологічних і навіть криміналістичних оцінок: раптовість, неочікуваність, безмотивність, особлива жорстокість, неприйняття заходів до приховування і пережиття відчуженості щодо скоєного правопорушення. Цей перелік характеристик не завжди відображає усе різноманіття варіантів присмеркового (сутінкового) стану й особливостей порушення свідомості. З клінічних ознак, які відображають суть цієї форми патологічно зміненої свідомості, передовсім, необхідно визначити **дезорієнтованість у власній особі й навколишньому середовищі**. В цьому стані людина позбавлена здатності правильно сприймати дійсність і водночас здійснювати цілеспрямовану діяльність відповідно до вимог суспільних заборон навіть інстинкту самозбереження. Її поведінка визначається неконтрольованими потягами, примітивними емоціями. Надмірна, патологічна активність призводить до різкого виснаження нервових ресурсів, тому епізоди присмеркового потьмарення свідомості звичайно закінчуються термінальним сном і для них характерним має бути забування (тією чи іншою мірою) подій, що відбувалися.

Делірій розвивається переважно в осіб із багаторічним алкогольним анамнезом, сформованим патологічним потягом до алкоголю (друга стадія хронічного алкоголізму). Характерне хибне орієнтування в навколишньому середовищі; при збереженні орієнтування в своїй особі переважають яскраві чуттєво-пластичні уявлення, наочні спогади, істинні вербальні та зорові сценopodobні галюцинації. Хворі стають ніби глядачами й, одночасно дійовими особами (“акторами на сцені життя”), котрі живо й адекватно реагують на видіння та видовищні події; вони захищаються або нападають. Маячення мають непослідовний образний характер. Настрій дуже мінливий, виникає то панічний страх і тривога, то збуджена цікавість, то подразлива хтивість, то ейфорія. Висловлювання хворого уривчасті, непослідовні.

Якщо психопатологічна симптоматика переважно представлена примарним поєднанням фантастичних уявлень і фрагментами реального сприйняття навколишньої обстановки при повній відстороненості хворого від реальної ситуації,

то в подібних випадках мова йде про онейроїдне потьмарення свідомості.

Протиправні дії, що скоюються хворими в **період деліріозного чи присмеркового потьмарення свідомості**, не відрізняються різноманітністю. Як правило, це кримінальні акти, спрямовані проти життя і здоров'я особи (вбивства, тяжкі тілесні ушкодження), владних органів (спротив представникам влади, громадськості, працівникам міліції, образи на їхню адресу та посягання на їх життя), суспільної безпеки і громадського порядку (хуліганські вчинки, порушення правил безпеки руху). В цих станах хворі не можуть скоювати корисливі правопорушення, а також інші протиправні дії. Розлади свідомості позбавляють людину можливості приймати рішення, що є результатом вибору цілеспрямованого мотиву дії, скерованої на задоволення тієї чи іншої потреби, яка в повному обсязі враховує існуючий правопорядок.

До станів, що можуть стати основною причиною протиправних дій травмованих хворих, можна віднести т. зв. **“перехідні” синдроми**, тобто психопатологічні стани, котрі розвиваються, зазвичай, у **термін найближчих наслідків черепно-мозкової травми (2 – 6 місяців, іноді – до року)**. Тоді, як правило, зникають неврологічні, вегето-судинні та психічні порушення гострого періоду, а в клінічній картині на перший план виступають **залишкові резидуальні симптоми церебрально-органічного ураження**. Універсальним представником резидуальних розладів є **церебральна астенія** (церебрастенія). Вона може набувати різних відтінків, але основні та найбільш виразні ознаки вдало поєднуються в синдромі подразливої слабкості. Підвищена виснажливість і втомлюваність, нестійкість уваги та погіршення пам'яті (зокрема, оперативної), зниження фізичної і психічної працездатності, неспроможність при виконанні творчої та напруженої праці – все це поєднується з емоційною лабільністю, надмірною подразливістю і запальністю, неадекватною чутливістю й образливістю. Хворі не можуть стримати зовнішні прояви емоційних реакцій, хворобливо переживають невдачі та помилки, не переносять різних та інтенсивних подразників зовнішнього середовища (яскраве світло, гучний звук) і больові відчуття. У них легко виникають колаптоїдні і паморочні епізоди, вегетативно-судинні дисфункції, функціональні розлади внутрішніх органів (дискінезії шлунку, кишківника, жовчовивідних шляхів і т. д.); через вестибулярні порушення вони погано переносять поїздку в транспорті. Характерними є головні болі, головокружіння, порушення апетиту і сну. На тлі **травматичної церебрастенії** звичайно розриваються також **психотичні “перехідні” синдроми**.

До них відносяться **надцінні та паранояльні ідеї, афективні галюцинаторно-параноїдні (шизофреноподібні) картини та амнестичний Корсаковський синдром**. Іноді розвиваються тимчасові картини інтелектуально-амнестичного зниження – **транзиторне слабоумство**.

Різні варіанти депресивних і маніакальних станів, а також надцінні ідеї в судово-психіатричному сенсі потребують ретельного обґрунтування і доказової

кваліфікації їх хворобливого психотичного рівня (як медичного критерію неосудності) в період, коли скоюється протиправна дія. При наявності ж галюцинаторно-маячного синдрому експертна оцінка психічного стану хворого не може бути альтернативною.

Церебрально-органічні розлади, обумовлені травмою головного мозку, згодом піддаються зворотному розвитку (регресивна динаміка). Це не означає, що в усіх випадках і повною мірою відновлюються до попереднього нормального рівня нервово-психічні функції та психологічний профіль особи. Нерідко формується **церебрально-органічний дефект**, який разом із несприятливими зовнішніми впливами (інфекційними і соматичними захворюваннями, інтоксикаціями, гострими та хронічними психічними травмами) стає причиною і механізмом **довготривалого** і навіть **прогресивного** перебігу травматичної хвороби головного мозку.

Так, наприклад, **церебральна астения** на довгі роки може визначати структуру нервово-психічних порушень **резидуального періоду (віддалених наслідків)**. Не завжди, однак, цей стан помірно виражений і стабільний, що свідчить про переважнофункціональний характер психічних розладів.

У віддаленому періоді – рік і роки після черепно-мозкової травми – ці хворобливі явища далі розвиваються, набувають рис **психоорганічного синдрому** різного ступеня вираженості, котрий характеризується тріадою найхарактерніших розладів психіки: **нетриманням афектів, порушеннями пам'яті й ослабленням розуміння**.

Клінічні форми психоорганічного синдрому пов'язані з **генералізованим ураженням головного мозку** або переважанням ознак **місцевого (локального) пошкодження**, а також унаслідок порушення діяльності залоз внутрішньої секреції (ендокринопатії), регуляція якої здійснюється підбугровим (гіпоталамічним) відділом головного мозку. В загальній і судово-психіатричній практиці **психоорганічний синдром** представлений такими симптомами, як нестійкий фон настрою, збудливість, нестриманість у вчинках і висловлюваннях, напруженість негативних емоцій, швидка стомлюваність, виражена слабкість концентраційна спрямованість (активної увага), погіршення пам'яті на минулі і поточні події, забування, звуження кола інтересів, збіднення інтелектуального життя. В сукупності з нейровегетативними розладами всі ці прояви психічної патології нерідко стають причиною часткової, або, навіть повної втрати працездатності (інвалідності), однак не завжди відбувається деформація особистості з її установками, цінностями, орієнтаціями і здатністю вірно розуміти суспільне значення своїх вчинків і дій. Інакше кажучи, черепно-мозкова травма не порушує структуру особистості, але водночас через органічне ураження тих відділів головного мозку, які регулюють вегетативно-ендокринну діяльність й емоційні процеси вітального (життєвого) характеру, спричинює появу **органічних змін психіки**. Це, передусім, експлозивність, надмірна виразність реакцій незадоволеності і гніву, запальність, істероїдність, непродуктивна повторюваність переживань і вчинків

(персеверативність), ригідність (тугорухомість), застрягання, сензитивність (підвищена чутливість) і образливість. Одночасна дія психотравмуючих ситуацій сприяє концентрації і стереотипізації цих форм реагування, що створює додаткові труднощі для соціальної адаптації хворих, знижує їх компенсаторні можливості.

У **судово-психіатричному аспекті** одне з центральних місць посідають ті форми особистісної патології, які називаються **психопатоподібними станами**. Мова у цих випадках йде про таку хворобливу дисгармонію особи, котра зумовлена не конституційно-спадковими, тобто генетичними факторами, а церебрально-травматичним ураженням або процесуальним захворюванням (шизофренією). Психопатоподібні розлади травматичного походження є по суті одним із варіантів **психоорганічного синдрому**, що характеризується насамперед афектно-вольовими порушеннями. Найчастіше спостерігається експлозивність (різка, груба взривчастість), істеричні форми реагування, що характерні демонстративністю, та їх сполучення. Суттєвим компонентом будь-якого різновиду психопатоподібного синдрому виступають складні за структурою, суб'єктивно важкі, з великим зарядом криміногенності розлади настрою, що визначаються як **дисфорії**. Вони виникають спонтанно або під впливом несприятливого зовнішнього середовища і відрізняються парадоксальним поєднанням нуді, подавленості, пригніченості і тривоги з гнівливістю, злобною напруженістю, болісними переживаннями невизначених страхів, мимовільною або усвідомлюваною готовністю до брутальної агресії.

Дисфоричні стани певною мірою є фоном, як то підсилюється до ступеня ведучого синдрому, то втрачає свою самостійність. Загалом же вони становлять важливу ланку церебрально-органічних розладів і є одним з основних клінічних аргументів, що визначають суть судово-психіатричного експертного висновку. При тяжких дисфоріях свідомість буває звуженою ("сутінковість") чи з оглушенням, з'являються край неприємні відчуття в різних частинах тіла. Виникають маячні ідеї або маячна інтерпретація оточуючого. Рідкіснішими, але менш небезпечними в криміногенному аспекті є дисфорії у вигляді гнівливої дуркуватості, з психомоторною розгальмованістю, багатомовністю, хоча насправді ця весела жвавість є ширмою, за якою криються тяжкі афективно-вольові розлади. Такі стани виникають переважно у хворих із вираженими ознаками "органічного" зниження особи і критики.

Стан хворих залежить не тільки від глибини емоційно-вольових, інтелектуально-мнестичних і нейровегетативних розладів. Нерідко, в складному процесі формування патологічної особи та особистісного зсуву вирішальне значення мають психогенно-ситуаційні фактори. Хвороботворність різного роду життєвих обставин для осіб із залишковими явищами черепно-мозкової травми у формі психопатоподібних розладів спричинена їх індивідуальною значущістю. Передовсім маються на увазі реакції на наслідки органічного ураження головного мозку: психічну слабкість, порушення пам'яті, підвищену експлозивність, подразливість, зниження творчих можливостей та оперативності, змінене становище в сім'ї і

суспільстві (наприклад, обмеження сфери професійної діяльності, зниження чи втрата працездатності, сімейні конфлікти тощо). В подібних ситуаціях у хворих тимчасово чи постійно виникають гіпертрофовані реакції незадоволення та образи, ідеї малої цінності, відбувається все більша фіксація на життєвих труднощах і невдачах. Мікросоціальне оточення (зокрема, негативне) постійно створює для хворого обмеження та дискримінаційні вимоги. Незадоволеність і неспроможність у відносинах із людьми призводять до появи утилітарних споживацьких інтересів, а також мотивів егоїстичного характеру. Ці особистісні зсуви можуть бути найбільш репрезентивними ознаками порушення механізмів соціальної дезадаптації.

Іноді **декомпенсація** набуває **характеру психотичного стану** (брутальна експлозивність, паранояльні ідеї, дозорганізація мислення, розгубленість тощо). Якщо правопорушення було скоєно в цей період, то хворого слід визнати **неосудним**. Аналогічні психопатологічні стани можуть розвиватися в умовах судово-слідчої ситуації, зокрема, в період проведення судово-психіатричної експертизи. У таких випадках, відповідно до ч. 3 ст. 19 ККУ, особи, стосовно яких вирішене питання про осудність, направляються на примусове лікування в психіатричну лікарню до виходу з цього стану. Засудженим також надається медична допомога, якщо в них наступає виражена декомпенсація травматичної хвороби.

У рідкісних випадках декомпенсація характеризується довготривалим і прогресивним перебігом, з наростанням ступеня виразності, насамперед інтелектуально-мнестичного дефекту. Залежно від обставин, що характеризують кримінальний анамнез певної особи, експертні рішення повинні мати відповідну форму і зміст. В умовах судово-слідчої ситуації тяжка і стійка декомпенсація прирівнюється до хронічного психічного захворювання, тому експертне рішення регламентується ч. 3 ст. 19 ККУ, щодо засудженого застосовується ст. 84 ККУ і ст. 408 КПКУ.

Стани декомпенсації важко відмежовувати в умовах судово-слідчої ситуації від реактивних станів психотичного та непсихотичного рівнів, навіть якщо визнавати найхарактернішим критерієм психогенної реакції обов'язкове відображення в клінічній картині захворювання, в змісті його симптомів психогенно-травмуючої ситуації. Вище було показано, що психотравмуючі фактори відіграють важливу роль як одна з причин декомпенсації травматичної хвороби. Реактивні стани мають свої синдромальні та клініко-динамічні особливості. Вони завжди виникають у зв'язку з наявністю суб'єктивно важкої, невирішеної психотравмуючої ситуації: як правило, виражаються у формі депресії, ступінь тяжкості якої залежно від зовнішніх обставин, може змінюватися спонтанно і під впливом цілеспрямованої терапії; в клінічній картині велике місце займають сомато-вегетативні розлади; не виявляється безпосереднього зв'язку між глибиною психогенно обумовлених афективних порушень і поглибленням органічного інтелектуального дефекту. В більшості випадків реактивні стани піддаються повному зворотному розвитку.

Психопатоподібні розлади як вираз церебрально-органічної патології під впливом ситуаційно-психогенних факторів у кінцевому результаті набувають не тільки системи реакцій, вчинків, укорінених форм поведінки, а й особистісних характеристик, орієнтацій та установок. Саме в цьому сенсі можна говорити про посттравматичний патологічний розвиток особи. **Найбільш типовим і криміногенним** слід визнати **паранойяльний розвиток особистості**, початковою стадією якого є надцінні ідеї (переслідування, ревнощів, сутяжно-кверулянтські, іпохондричні). Тут необхідні деякі уточнення. Надцінні ідеї далеко не завжди досягають психотичного рівня, а тому не можуть бути синдромальною основою медичного критерію неосудності. При них відбуваються надзвичайно емоційно насичене перетворення природної реакції на реальні – такі, що існують в дійсності, – події, тому виниклі розумові висновки займають домінуюче становище в свідомості. При паранойяльному ж маяченні, особливістю якого є систематизованість і багатоланкове, послідовне побудування фабули, відбувається патологічне тлумачення дійсності; воно стає певним поглядом на дійсність, хворі без критики становляться до своїх вчинків і висловлювань, а вся їхня поведінка грубо протирічить вимогам дійсності.

Хворі з паранойяльним маяченням ревнощів, у походженні котрого важливу роль може відігравати хронічна алкогольна інтоксикація, на жаль, дуже часто скоюють тяжкі злочини проти життя, здоров'я, гідності об'єкта ревнощів. Найбільш виразними елементами параної сутяжно-кверулянтського кола є несамовита боротьба за “справедливість”, дріб'язкові пошуки “винуватців”, “кривдників”, “бюрократів”, демагогічні претензії з мотивів морального характеру, ригідна опозиція існуючим суспільним порядкам. Хворі пишуть нескінченні скарги в різні інстанції, блокують роботу адміністрації підприємств і установ, дезорганізують роботу колективів і врешті-решт притягаються до кримінальної відповідальності за наклепи, а, іноді, й за скоєння насильницьких дій (тяжкі тілесні ушкодження, вбивства), порушення громадського порядку, спротив представникам влади.

Хворі на психопатоподібний синдром, але без брутальних афективно-вольових розладів, паранойяльного маячення і тяжкої дисфорії в період скоєння протиправних дій, не підлягають екскульпації. В суб'єктивноскладних ситуаціях можуть виникати більш-менш довготривалі стани декомпенсації психотичного рівня, що є приводом для застосування ч. 3 ст. 19, ст 84 ККУ і ст. 408 КПКУ.

Для терміну віддалених наслідків черепно-мозкової травми характерні пароксизмальні розлади і стани зміненої свідомості. У більшості випадків вони є одним із проявів травматичної хвороби головного мозку (епілептиформного синдрому). В інших випадках поява пароксизмальних станів – великих судомних припадків, фокальних (джексонівського типу), абортивних малих приступів – означає формування механізмів епілептичного процесу з властивими цьому захворюванню хронічними емоційно-вольовими, інтелектуальними та особистісними розладами. Тут, таким чином, мова йде про травматичну епілепсію.

Відмежування травматичної енцефалопатії з епілептиформним синдромом від травматичної епілепсії в судовій психіатрії має важливе експертне значення, тому що в першому випадку пароксизмальні стани (як правило, однотипні та рідкісні) повинні розглядатися в рамках залишкових явищ церебрально-органічного походження з характерною для них тенденцією до регредієнтного перебігу, тоді як повторення і тим більше поліморфізм випадків при епілепсії завжди свідчить про прогресивність патологічного процесу з усіма впливаючими звідти оцінками клінічного та соціального прогнозу.

Розмежування цих захворювань далеко не завжди вдається навіть з допомогою сучасних лабораторно-інструментальних методів (електроенцефалографії, комп'ютерної томографії, реовазографії) виявлення порушень обміну в центральній нервовій системі. Однак незмінно важливим залишається важливий критерій резидуальних станів травматичного генезу “осьовий розлад” у вигляді церебральної астенії. Для епілепсії ж, якого би походження вона не була, “стержньовими” характеристиками є сила і стійкість афекту, інертність, однобічна спрямованість інтересів і мотивів, уповільненість і непродуктивність при збереженні здатності тривалий час виконувати одну і цю ж роботу. Важливе значення мають характерологічні зсуви: нетерпимість, істероїдність, зухвалість, подразливість, демонстративне нехтування правил та авторитетів – у випадках енцефалопатії з епілептиформним синдромом; виразна збудливість, раптові сполохи запальності і злоби, егоїзм і ретельне наслідування встановленого порядку, фригідна прив'язаність до певних осіб і ситуацій – у випадках епілепсії з вираженими ознаками деградації особи. Епізоди сутінкового потьмарення свідомості переважно виникають при перебігу епілептичного процесу.

Судомні пароксизми інколи безпосередньо пов'язані і навіть обумовлені гострими психотравмуючими впливами. Це відображається в клінічній картині приступу, початкова стадія якого розгортається на фоні яскравого афекту невдоволення, образи, гніву, й одночасно, як правило, виявляються виразні вегетативно-судинні розлади. Судоми спочатку нагадують істеричні конвульсії – настільки вони виглядають неупорядкованими, експресивними і з великим розмахом. Однак із розвитком випадку судоми стають ритмічними, стереотипними, з'являється стереторозне дихання, через повну втрату свідомості контакт із хворим неможливий. Після закінчення епілептичного нападу обов'язково проявляються ознаки післяприпадкового нервового виснаження – від короткочасного, неглибокого оглушення до тривалого і важкого сну. В цьому сенсі повинна проводитися диференціація між епілептичними та істеричними випадками на всіх етапах судово-слідчих дій, під час судово-психіатричної експертизи й інших ситуаціях, що виникають після винесення вироку або судового припису.

У період віддалених наслідків черепно-мозкової травми іноді розвиваються афективні та галюцинаторно-параноїдні психози, які доводиться диференціювати з шизофренією. Афективні психози протікають у вигляді періодичних чи одноразових

депресій і маній. Маніакальні приступи трапляються частіше та перебігають важче. В їх патогенезі, можливо, приймають участь соматичні та інфекційні захворювання, алкогольні ексцеси. Депресіям часто передують психогенії. В деяких випадках приступоподібний перебіг змінюється безперервним, при цьому церебрально-органічні порушення стають все більше виразними, що передовсім відображається в наростанні дисмнестичного слабоумства.

Галюцинаторно-маячні психози найчастіше дебютують присмерковими (сутінковими) або деліріозними потьмареннями свідомості. Потім починають переважати вербальні істинні та хибні галюцинації, які започатковують маячні побудови (галюцинаторне маячення). Одночасно з'являються ілюзорні феномени, розгубленість, відчуття відкритості, мимовільний вплив думок. Афективні розлади визначаються тривожно-тоскним настроєм і страхами, що безпосередньо пов'язані з галюцинаторно-ілюзорними та маячними переживаннями. Подальша доля цих психозів різна. З плином часу клінічна картина психотичних приступів спрощується і вони врешті-решт припиняються чи залишають за собою паранояльну налаштованість або стерті, періодичні депресії. У рідкісних випадках психоз ніби "застигає", набуваючи хронічного перебігу, при цьому на місце галюцинацій і маячень приходять фантастичні, безглузді вимисли, що є несприятливими прогностичними ознаками: наростають органічні зміни психіки, які досягають ступеня слабоумства.

У віддаленому періоді черепно-мозкової травми поза зв'язком або в зв'язку з патологічним розвитком, епізодичними чи хронічними психозами розвивається типова картина **лакунарного (парціального, дисмнестичного) слабоумства**, в основі якого – враження мозкових оболонок і підлеглих частин головного мозку. Як правило, посилюється слабкість абстрактного мислення, нерозуміння складних і динамічних ситуацій, неможливість відзначити суттєві та практично важливі причинно-наслідкові зв'язки. Вражаються частково інтелектуальні і значною мірою критичні здібності, з'являються вогнищеві симптоми, знижується активність, втрачаються етичні, культурні та моральні потреби. Характерна психічна виснажливність, сварливий, нудний настрій з більш чи менш виразним депресивним компонентом, в інших випадках – непродуктивна та недоречна ейфорія з багатомовністю і психомоторною розгальмованістю. Суттєвими для лакунарного слабоумства є мнестичні розлади. Страждають усі три процеси (запам'ятовування, ретенція-утримання, відтворення), але насамперед, погіршується запам'ятовування, розумова переробка і репродукція нового досвіду й актуальних подій. Знижується рівень особи (огрубіння), хоч основні її "ядерні" властивості можуть зберігатися, так само як зберігається усвідомлення хвороби. Артеріальна гіпертонія, церебральний артеріосклероз, повторні черепно-мозкові травми, алкоголізм, хронічні психогенії та інші екзогенні шкідливості – все це значно погіршує прогноз і сприяє наростанню тяжкості інтелектуально-мнестичних розладів (прогресуюча деменція).

При верифікованих формах **органічної деменції** не виникає сумнівів в

обґрунтованості визнання хворих, котрі скоїли правопорушення, **неосудними**. Це ні в якому разі не протирічить тим обставинам, що ці ж особи на певному етапі захворювання, коли церебрально-органічна патологія була представлена церебрастенічними, неврозоподібними, психопатоподібними і навіть епілептиформними синдромами, якщо вони притягувалися до кримінальної відповідальності, визнавалися осудними в інкримінованому їм діянні. В цьому факті відображається загальнометодологічний підхід: залежно від динаміки та важкості органічних і психогенних розладів рішення може мінятись як у бік екскульпації хворих, так і в бік визнання їх осудними.

§ 7. Захворювання центральної нервової системи внаслідок сифілісу та їх судово-психіатрична оцінка.

У практиці прийнято виокремити такі психічні порушення внаслідок проникнення збудника сифілісу (блідої трепонеми) в центральну нервову систему: сифіліс мозку в різноманітних його проявах і т. зв. прогресивний параліч. Обидва види сифілісного захворювання без своєчасної медичної допомоги можуть призводити до розпаду психічної діяльності і смерті. Прогресивний параліч має більш злоякісний характер, гірший прогноз і може закінчуватися летально вже за 3–4 роки після початку захворювання.

Сифіліс мозку

Його інкубаційний період (прихований) – від кількох місяців до 5–6 років після зараження сифілісом, але трапляються випадки, коли він становить 10 і більше років.

Особливості клінічних проявів цієї хвороби обумовлені переважною локалізацією і характером сифілітичного ураження мозку (змінами судин, оболонки, наявністю сифілітичних гум), ступенем загального ураження, інтоксикації, віком, лікуванням та іншими факторами.

Сифіліс головного мозку поділяють клінічно на такі форми: “неврастенічна”, “менінгеальна” (відносяться до ранніх проявів сифілісу мозку), гумозна, епілептиформна, апоплектична, галюцинаторно-параноїдальна, псевдопаралітична. Всіх їх поєднує наростаюча деградація особистості, зміни психіки органічного типу. Слабоумство, що розвивається, зазвичай, пов’язане з вогнищевим характером ураження (гуми, менінгоенцефаліт, ендартеріт). Послаблення пам’яті розповсюджується на все минуле життя.

Сифілітична неврастенія виникає невдовзі після зараження (в первинному чи вторинному періоді). Основними проявами є розлади сну, швидка сомато-психічна стомлюваність, головні болі, послаблення пам’яті, домінування депресивного тла настрою з легкою подразливістю, іноді значна оглушеність. Сифілітична етіологія уражень доводиться неврологічними і цитосерологічними дослідженнями. Результати специфічної терапії при цій формі сифілісу мозку сприятливі.

Менінгеальна форма починається, як правило, у вторинній стадії сифілісу. Вона характеризується сильними головними болями, блюванням, оглушенням або

сплутаністю свідомості. Спостерігаються депресивні стани, неврологічні розлади у вигляді менінгеальних симптомів і патології зі сторони черепно-мозкових нервів (анізокорія, в'ялість реакції зіниць на світло та ін.). З'являється різко позитивна реакція на сифіліс у крові та спинномозковій рідині (реакція Вассермана тощо). При дослідженні спинномозкової рідини відзначається також типове для цієї форми сифілісу підвищення рівня білку, позитивні білкові реакції (Нонне-Апельта, Вейхбротта і т. д.), підвищення кількості клітин, поява "сифілітичного зубця" в реакції Ланге з колоїдним золотом (зміна кольору рідини спостерігається в перших 3–5 пробірках).

Гумозна форма це дуже рідкісна форма сифілісу мозку. Її клініка нагадує симптоматику пухлини мозку. Спостерігаються судомні випадки, сильні головні болі, оглушеність, в'ялість і апатія. При дослідженні очного дна виявляються застоїні диски зорових нервів. У крові та спинномозковій рідині реакція Вассермана часто позитивна.

Інші форми сифілісу виникають переважно на більш віддалених етапах захворювання, через 5–10 і навіть більше років після зараження сифілісом; з певною умовністю їх називають пізніми формами сифілісу мозку.

Судово-психіатрична оцінка. Клінічне різноманіття і різна ступінь вираження розладів психіки обумовлюють складність судово-психіатричної оцінки сифілісу мозку. При проведенні судово-психіатричної експертизи трапляються переважно вже проліковані хворі з незначними відхиленнями психіки. Вони критично ставляться до свого стану, зберігають професійні знання та навички, тому визнаються осудними або такими, що не підпадають під дію статті про звільнення від подальшого відбування покарання.

В умовах судово-психіатричної експертизи у хворих із нейросифілісом можуть розвинути психогенні реакції, реактивне загострення і підсилення психічних порушень, які мали місце. Все це іноді ускладнює оцінку глибини дефекту психіки. З різних поєднань сифілісу мозку з іншими захворюваннями найчастіше зустрічається комбінація нейросифілісу з хронічним алкоголізмом, що утруднює проведення експертизи.

Якщо на початкових стадіях сифілісу мозку з незначними психічними відхиленнями не відбувається нормалізації спинномозкової рідини і крові, незважаючи на протисифілітичне лікування, досліджувані хворі направляються на лікування в психоневрологічну лікарню, а вирішення питання про осудність потрібно відкласти до закінчення всього курсу комплексного специфічного лікування. При нормалізації ліквору в крові в результаті лікування у психоневрологічній лікарні, відсутності наростання психічних змін дається заключення про осудність і вказується на необхідність лікарського спостереження за хворим.

Відсутність позитивних серологічних реакцій при сифілісі мозку не повинна категорично впливати на винесення експертного рішення, оскільки можлива

наявність глибокого слабоумства, психотичних станів (галюцинаторно-параноїдна форма, розлади свідомості), при яких серологічні реакції можуть бути від'ємними і без лікування. У таких випадках визнання хворих неосудними визначається глибиною розладів інтелекту або наявністю психотичних розладів у період скоєння суспільно небезпечних дій.

При виникненні сифілісу мозку після скоєння правопорушення у випадках швидкого наростання психічного дефекту, незважаючи на інтенсивне протисифілітичне лікування, виникає питання про можливість особи постати перед слідством і судом (ч. 3 ст. 19 ККУ), а засудженому – відбувати покарання (ст. 84 ККУ, ст. 408 КПКУ).

Прогресивний параліч

Хвороба приблизно виникає приблизно через 10–12 років після зараження сифілісом, звичайно, за відсутності або недостатнього протисифілітичного специфічного лікування. Чоловіки хворіють частіше.

Психічні порушення при прогресивному паралічі переважно зводяться до наростаючого слабоумства, яке досягає глибокого ступеня. Його поява від початку супроводжується втратою критики до свого стану і розуміння складних соціальних взаємовідносин. Психічні розлади у вигляді маячних ідей, галюцинацій, рухових порушень – непостійні. Через слабоумство хворих маячні ідеї величі або депресивно-іпохондричні маячення (найчастіші різновиди маячень у них) мають особливу безглуздість. Характерним є благодушно-безпечний настрій (ейфорія) з відсутністю усвідомлення хвороби, легковажним ставленням до ситуації, яка склалася в зв'язку з перебуванням у лікарні, направленням на судово-психіатричну експертизу й іншими об'єктивно складними обставинами. З ранньої стадії хвороби часто виникає підсилення і розгальмування сексуального потягу та апетиту, що проявляється в сексуальній розпусності, цинічній формі висловлювань, ненажерливості, інколи копрофагії.

Соматичні та неврологічні порушення з'являються рано, мають постійний характер, наростають паралельно з підсиленням психічних розладів і є дуже важливими для встановлення діагнозу прогресивного паралічу.

Типовим і раннім неврологічним розладом вважається симптом Аргайл-Робертсона. При лабораторному дослідженні реакція Вассермана в крові і в спинно-мозковій рідині майже завжди позитивна.

Судово-психіатрична оцінка. Дуже важливим є те, щоби судово-психіатричне експертне заключення стосовно піддослідних чи засуджених осіб, у яких підозрюється наявність прогресивного паралічу, так само як і діагноз останнього, базувалися на даних стаціонарного спостереження і відповідних досліджень крові та спинномозкової рідини.

Судово-психіатрична оцінка випадків, коли лікування не проводилося, не спричиняє утруднень, зокрема, коли хворий перебуває на стадії розквіту хвороби. Встановлення діагнозу прогресивного паралічу в таких випадках визначає висновок

про неосудність. Навіть виявлення початкової стадії прогресивного паралічу веде до визнання піддослідного неосудним, тому що вже на цій стадії характерні порушення критики й інші суттєві психічні порушення: розлади уваги, розгальмованість потягів тощо.

Значні труднощі в судово-психіатричній оцінці особи виникають у період терапевтичної ремісії прогресивного паралічу. При цьому необхідно враховувати, що ремісія після лікування формується протягом тривалого часу, у зв'язку з чим ступінь покращання з'ясовується не відразу.

Особи з практичним видужанням після терапії, з відновленням працездатності, санацією спинномозкової рідини визнаються осудними. При з'ясуванні цього та винесенні рішення про осудність повинна також прийматися до уваги тривалість практичного одужання, яка в цих випадках повинна становити 4–5 років.

Погіршення стану у вигляді декомпенсації чи психогенної реакції нерідко виникає у пролікованих хворих під впливом психогенно-травмуючої ситуації і є фактично показанням для направлення їх на лікування в психіатричну лікарню, тому що такі особи не можуть поставати перед судом і знаходитись у місцях позбавлення волі.

Хворі з невиліковним прогресивним паралічем визнаються недієздатними навіть на початковій стадії хвороби. Питання про дієздатність вирішується позитивно при глибокій терапевтичній ремісії з поверненням працездатності, якісній соціальній компенсації. З відновленням попередніх професійних знань і навичок, але при наявності розладів психіки, неспроможності до правильної оцінки ситуації загалом, хворі визнаються недієздатними.

§ 8. Симптоматичні психози.

До симптоматичних психозів відносяться психічні розлади, що виникають при загальних соматичних та інфекційних захворюваннях, інтоксикаціях, порушеннях функцій ендокринних залоз. У судово-психіатричній клініці вони зустрічаються рідко. За своїми психічними проявами симптоматичні психози дуже різні. Серед них прийнято виокремлювати гострі та затяжні клінічні форми.

Гострі симптоматичні психози. Для їх клінічного перебігу, як правило, характерні картини транзисторного (тимчасового) потьмарення свідомості. Розлади свідомості різноманітні за своїми клінічними проявами, глибиною і тривалістю. В умовах судово-психіатричної клініки найчастіше зустрічаються картини делірію або присмеркового потьмарення свідомості з появою епілептиформного збудження. Суспільно небезпечні дії, що скоюють ці хворі, визначаються переважно хворобливими переживаннями. В такому стані вони можуть нанести пошкодження собі або оточуючим і т. д.

Кожному соматичному (в широкому розумінні) захворюванню властиві свої особливості перебігу гострих симптоматичних психозів. Гострі психотичні стани при грипі, малярії, ревматизмі проявляються картинами делірію, присмерковим

потьмаренням свідомості, епілептиформним і тоскно-тривожним збудженням. При гострому розвитку серцево-судинної недостатності (інфаркт міокарда, стан після операції на серці та ін.) можуть виникати короточасні розлади свідомості – оглушення, обнубіляції, деліріозні або деліріозно-аментивні стани.

Присмерковий розлад свідомості, як правило, виникає раптово, супроводжується різким руховим збудженням епілептиформного характеру, страхом, окремими галюцинаторно-маячними проявами, що може призвести до скоєння суспільно небезпечних дій. Хворі неспокійні, тривожні, кричать, страждають, на обличчі – вираз жаху. Психоз триває від 0,5 до 1,5–2 годин і закінчується так само раптово, як і починався, його змінює глибокий сон або ступор.

Успіхи в лікуванні багатьох соматичних та інфекційних захворювань, досягнення останніх років певною мірою спричинили клінічну трансформацію симптоматичних психозів, що виявилось в більш рідкісному виникненні класичних картин екзогенного типу реакцій, які були описані в класичних наукових працях. Сьогодні трапляються своєрідні “конгломерати” симптомів, перехід від одного синдрому до іншого – т. зв. стани сплутаності.

Після виходу з гострого симптоматичного психозу спостерігаються явища астенії, стани гіперстенічної слабкості.

Затяжні соматогенні психози. Загальні соматичні захворювання (в т. ч. інфекції та інтоксикації), що розвиваються несприятливо, можуть супроводжуватися різними психічними порушеннями. Найчастіше розвиваються неврозоподібні (зокрема, астенічні) та психопатоподібні розлади, але нерідко на цьому фоні виникають і психотичні прояви: депресивні та галюцинаторно-маячні стани, конфабуляторні розлади, псевдопаралітичні картини, транзиторний Корсаковський синдром.

Затяжні симптоматичні психози тривають, як правило, від 2 тижнів до 2 – 3 місяців і змінюються астенією з підвищеною чутливістю до психічних і фізичних шкідливостей. Поряд із таким типом завершення деяких випадках після соматогенних психозів формується виразний психоорганічний синдром з інтелектуально-мнестичним дефектом або стійкі неврозоподібні чи психопатоподібні стани.

Клінічні особливості затяжних психогенних психозів значною мірою визначаються характером соматичного захворювання, на фоні якого вони розвиваються. **Психічні порушення при захворюваннях серцево-судинної системи** виявляються нестійкістю настрою, схильністю до тоскно-тривожного настрою, фізичною та психічною стомлюваністю, подразливою слабкістю, гіперестезією. Приступи стенокардії іноді супроводжуються тривожно-афективними розладами, страхом смерті. Після повторних приступів може розвинути іпохондричність, кардіофобічний синдром.

При хронічних захворюваннях шлунково-кишкового тракту нерідко спостерігаються явища підвищеної подразливості, безсоння, емоційна нестійкість,

схильність до іпохондрії, канцерофобія.

При захворюванні печінки та нирок також можливі психічні порушення. Для них характерні астеничні розлади (тоскливість, подавленість, пригнічення психічних функцій). При тривалому перебігу захворювання розвивається психопатоподібна симптоматика. **При уремії** можуть виникати епілептиформні випадки, деліріозно-нейроїдні й аментивні стани.

При тяжких формах туберкульозу легень у хворих можуть розвинутися затяжні шизофреноподібні психози з депресивними та депресивно-маячними картинами. Відомі випадки підвищення сексуального потягу у хворих на туберкульоз, які не адекватні важкості соматичного стану останніх.

При злоякісних пухлинах спостерігаються виражені астеничні розлади з афективною нестійкістю. Нерідко виникають психогенні депресії, зокрема, коли діагноз стає очевидним для хворого. Психози виникають у випадках наростання кахексії, вираженим стає синдром альтернуючої свідомості, що триває від кількох хвилин до кількох годин. З погіршенням соматичного страждання наростає тривалість нападів порушення свідомості, поглиблюються загальні психічні розлади.

Ендокринні розлади теж супроводжуються психічними розладами. Так, при базедовій хворобі, підвищеній функції щитовидної залози виникає підвищена збудливість, афективна нестійкість, плаксивість, вибуховість. У тяжких випадках можуть розвиватися симптоми розладнання свідомості, маячення, галюцинації. Для хворих із мікседемою (при пониженні функції щитовидної залози) характерним є стан пригніченості, депресії, іноді деліріозне та присмеркове потьмарення свідомості.

Психічні порушення можуть виникати **при отруєннях деякими промисловими та побутовими хімічними речовинами**. Хронічна інтоксикація окислом вуглецю, миш'яком, ртуттю, свинцем може супроводжуватися розвитком психопатоподібного синдрому органічного типу з виразною афективною лабільністю, іноді з епілептиформними випадками, грубими розладами психіки.

Судово-психіатричне значення затяжних соматогенних психозів невелике. Певну роль тут відіграють іпохондричні ідеї, що розвиваються у хворих соматичними захворюваннями на основі характерних для них сенестопатій і парестезій, до яких виникає надцінне відношення. Астено-депресивні картини з іпохондричними побоюваннями та близькі за змістом депресивно-параноїдальні стани, коли можна говорити про іпохондричні маячні ідеї, можуть обумовити суспільно небезпечні дії хворих. В одних випадках – це агресивні акти стосовно медичних працівників, які, на думку хворих, неправильно їх лікують, в інших – схильність до патологічних звинувачень близьких у поганому догляді, у намаганні “позбутися” хворого, і, нарешті, іноді можливі розширені самогубства.

Післяродові (пуерперильні) психози – це особлива група психозів, до якої входять ендогенні захворювання (шизофренія, маніакально-депресивний психоз), що були спровоковані вагітністю і родами, та власне симптоматичні психози, котрі

виникли у зв'язку з сомато-ендокринними змінами в організмі та післяродовими септичними процесами. Для післяродових психозів характерне гостре виникнення та порівняна короткочасність перебігу. Для них є типовими потьмарення свідомості з аментивними або деліріозно-аментивними картинами, миготливість психопатологічної симптоматики, залежність її від соматичного стану. Різні варіанти депресивного синдрому можуть спостерігатись у соматично ослаблених хворих, із тяжкими та довготривалими психотравмуючими факторами в анамнезі. В осіб із преморбідними шизоїдними рисами характеру нерідко виникають шизофреноподібні картини.

Важливим і, водночас, складним в судово-психіатричній практиці є розмежування деяких форм післяродового психозу від шизофренії, що дебютує після родів. У хворих на шизофренією симптоми потьмарення свідомості звичайно виражені слабше, менш тривалі, відсутній миготливий характер порушення свідомості. Можуть спостерігатися гримаси, стереотипії, негативізм. При нормалізації свідомості в шизофренічному процесі швидко виявляється поліморфізм психопатологічної картини. Маячні картини відрізняються певною стійкістю і тенденцією до систематизації, нерідко проявляється синдром Кандинського-Клерамбо. Афективні порушення найчастіше мають змішаний характер: депресія, тривога поєднується з періодами злоби, апатії, в'ялістю; нерідко звертають на себе увагу монотонність, прояви аутизму. В період виходу з психозу у хворих на шизофренію, на відміну від випадків післяродового психозу, можуть бути емоційно-вольові порушення.

Певне значення має диференціальна діагностика післяродових і реактивних психозів. Для останніх більш характерним є поступовий розвиток захворювання, тісний зв'язок із психотравмуючою ситуацією, відображення в динаміці основних закономірностей перебігу реактивних станів. Реактивні психози в післяродовому періоді можуть визначатися депресивними реакціями.

Суспільно небезпечні дії, що скоюються хворими на післяродовий психоз, виявляються переважно у вбивстві новонароджених дітей або нанесенні їм тяжких тілесних ушкоджень. Іноді такі хворі скоюють т. зв. "розширені самогубства" або "альтруїстичні вбивства".

При ВІЛ-інфекції, зокрема при розгорнутій клінічній картині СНІДу майже в 75% випадків знаходять ураження центральної нервової системи, котрі спричиняє як вірус СНІДу, так і т. зв. опортуністичні інфекції, що активізуються на тлі різкого послаблення імунітету, коли вже захворювання переходить у стадію розгорнутих клінічних проявів СНІДу.

Іноді, починаючи з перших тижнів ВІЛ-інфікування і протягом приблизно трьох місяців, може спостерігатися гостра чи підгостра клінічна картина транзиторного енцефаліту і менінгіту. На тлі загального погіршення стану здоров'я і характерних неврологічних проявів з'являються астения, мінливість настрою, напади. При розгорнутих соматичних і неврологічних ознаках відбувається потьмарення сві-

домості, сплутаність.

Найчастіше психо-неврологічне порушення – підгостра енцефалопатія або СНІД-дементний комплекс, що характеризується прогресуючими змінами у поведінці хворих, пов'язаних із розвитком слабоумства (деменції), порушеннями пізнавальної діяльності, рухових функцій. Ця енцефалопатія чи деменція розвивається приблизно у третини хворих на СНІД. Звичайно, синдром деменції у цих випадках розвивається внаслідок приєднання вторинних нейроінфекцій за наявності виразного імунодефіциту (як, наприклад, цитомегаловірусна інфекція, збудник якої належить до сімейства герпес-вірусів). Однак, описані випадки розвитку деменції на тлі відносного соматичного благополуччя хворих. З іншого боку, на стадії ВІЛ-інфікування психічні порушення не завжди досягають достатньої виразності дементних проявів. З великою частотою виявляють астенію, відносно пом'якшені ознаки психоорганічного синдрому.

Дебют енцефалопатичних, СНІД-дементних розладів, як правило, є малопомітним і спочатку переважає когнітивна дисфункція (розлад пізнавальної діяльності). До найбільш ранніх і частих ознак відноситься тремор, уповільненість та афазія (мовні порушення).

Психічні порушення здебільшого починаються з особистісних змін, коли у хворих зменшується здатність до спілкування, втрачається почуття гумору, властива їм до хвороби діловитість змінюється зниженням ініціативи та працездатності, байдужістю і бездіяльністю, звужується коло інтересів. Ці зміни швидко наростають і за 2–3 місяці, з'являються грубі порушення, а іноді й “дивна поведінка”: хворі можуть помочитися в раковину на кухні чи в шухляду меблів, зробити це в присутності інших, просто в лікарняному коридорі. При цьому хворі можуть жалітися тільки на швидку стомлюваність, деяку слабкість.

До цього часу, зазвичай, звертають на себе увагу порушення пам'яті на поточні події, а згодом поступово забуваються події віддаленого минулого, аж до нездатності називати імена близьких родичів, упізнавати їх. При амнестичній дезорієнтованості більш виразними бувають ознаки порушень хронологічного орієнтування, тоді як відносно збереженим дуже довго залишається аутопсихічне орієнтування. Порушення пам'яті можуть виявлятися по типу фіксаційної амнезії, з яскравими конфабуляціями та псевдоремінісценціями. Зорова пам'ять порушується за типом звуження її об'єму, а слухова вражається вибірково.

Наростаючим порушенням пам'яті відповідає прогресуюче зниження здатності до інтелектуальної діяльності. Поряд із наростаючими інтелектуально-мнестичними розладами підсилюються розлади мови, її організації, розуміння зверненої мови. Відбувається прогресування перебігаючого процесу з розвитком тяжкого слабоумства. У термінальній стадії захворювання можуть з'явитися мутизм, ступор, нетримання сечі, калу, втрата зору та параплегія. Разом із зростанням загальнономозкових явищ, затяжною лихоманкою може порушуватись і свідомість хворих від початкових явищ сплутаності аж до її виключення у ступені сопора і

коми. Смерть може наступити за 2 місяці, від моменту виникнення грубих психічних порушень і за 3–6 місяці, з часу переходу ВІЛ-інфекції у стадію розгорнутих клінічних проявів СНІДу.

Наведені вище порушення свідомості, пам'яті, інтелектуальної діяльності ВІЛ-інфікованих або хворих на СНІД необхідно враховувати при судово-психіатричному експертному вирішенні питань про можливість таких осіб давати свідчення, а також при оцінці можливих суспільно небезпечних дій. Найбільшу кримінальну небезпечність можуть становити особи, котрі тільки почали усвідомлювати факт своєї ВІЛ-інфікованості чи захворювання і перебувають у стані психологічного конфлікту, спрямованого як внутрішньо, так і назовні з психосоціальними наслідками на тлі підвищеної тривожності, невротичних розладів, нав'язливих і надцінних ідей, т. зв. реакцій протесту, депресії, реактивних станів, схильності до самогубства або, навпаки, до агресивності, що спрямована проти оточуючих (так, наприклад, відомі випадки навмисного зараження такими особами інших СНІДом, інші агресивні дії). В цьому сенсі підвищеної уваги потребують т. зв. представники "груп ризику": гомосексуалісти, повії, наркомани, сексуальні контактери із середовища з несприятливою обстановкою щодо СНІДу, особи, котрі відбували покарання тощо.

Судово-психіатрична оцінка симптоматичних психозів потребує індивідуального підходу з урахуванням важкості і глибини розладів психіки в кожному окремому випадку.

Психічні порушення у формі астеничного або психопатоподібного синдрому не носять психотичного характеру і не тягнуть за собою екскульпації. Особи, котрі скоїли суспільно небезпечні дії в стані як гострого, так і затяжного психозу, визнаються неосудними. В осіб із довготривалими соматичними захворюваннями після скоєння правопорушення в психотравмуючих умовах суду, слідства, під час відбування покарання або при приєднанні інших додаткових шкідливих факторів можливий розвиток затяжного соматогенного психозу. Це зумовлює застосування ст. 19 ККУ та ст. 408 КПКУ або дострокового звільнення засудженого від відбування покарання (ст. 84 ККУ).

Судово-психіатрична оцінка у випадку розвитку психоорганічного синдрому індивідуальна та визначається глибиною і тяжкістю інтелектуально-мнестичних розладів, їх стійкістю.

У цивільному процесі особи із затяжними симптоматичними психозами або глибоким наступним психічним зниженням через розпали психіки, які в них наявні, не можуть розуміти значення своїх дій або керувати ними і, отже, вони визнаються недієздатними. Укладені ними угоди, заповіти й інші юридичні акти можуть бути визнаними недійсними. Однак, у зв'язку з тим, що в період психотичного стану важко встановити прогноз захворювання, доцільною є відстрочка остаточного заключення про дієздатність-недієздатність особи до кінця лікування. Дуже складним може виявитися питання про дійсність угод, укладених хворими з тяжкими

інтоксикаціями, при злоякісних новоутвореннях або інших тяжких соматичних хворобах. Глибока астения і стан миготливості свідомості, що виникають при цих захворюваннях, порушують здатність хворих правильно оцінювати оточуючу дійсність, позбавляють їх можливості розуміти значення своїх дій і керувати ними. Тому, вирішуючи в подібній ситуації питання експертизи, необхідно, щоби лікарі прагнули до ретельнішого встановлення структури психопатологічного синдрому й особливостей поведінки особи до часу укладення угоди.

§ 9. Психічні розлади, спричинені енцефалітами та їх судово-психіатрична оцінка.

Розрізняють **первинні енцефаліти**, що виникають унаслідок безпосереднього ураження інфекцією головного мозку (наприклад, епідемічні чи сезонні, вірусні енцефаліти), а також, частіші, **вторинні енцефаліти**, котрі є наслідком ускладнення різних загальних інфекційних хвороб. Із загальних інфекцій найчастіше ускладнюються енцефалітом ревматична хвороба, тиф, (черевний, висипний), малярія, кір, скарлатина, свинка (епідемічний паротит).

Гострі енцефаліти не мають великого судово-психіатричного інтересу через безпомічність хворих у цей період. Судово-психіатричним експертам доводиться головним чином **спостерігати хронічні наслідки енцефалітів**, які обумовлені не характером інфекційного збудника, а переважною локалізацією і ступенем виразності органічних змін у головному мозку. За своєю клінікою вони характеризуються відсутністю прогресивності, стаціонарністю. Певна динаміка з наростанням психічних порушень характерна для інфекцій з нападами (ревматизм, малярія та ін.).

Інфекційний енцефаліт, перенесений у ранньому віці, призводить, як правило, до розвитку **слабоумства різної глибини, судомних нападів, розгальмованості і викривлення статевого потягу**, підвищення апетиту до ступеня ненажерливості (булімії). Після перенесеного енцефаліту в дитинстві можливі стани **психофізичного інфантилізму**, що характеризуються підвищеною навіюваністю, дитячою поверхневістю розумових висновків, тлумачень. Поширеним є **психопатоподібний синдром**, в якому головні симптоми – безмотивна впертість, підвищена емоційна збудливість, що призводить до агресивності і руйнівних тенденцій у поведінці. Можливі **гіпердинамічні стани**, для яких характерно поєднання метушливості, рухового неспокою, схильності до бродяжництва, що при одночасній сексуальній розгальмованості і навіюваності хворих, зокрема, у випадках алкоголізації, значно підвищують їх суспільну небезпечність.

Згладжуванню психопатологічних розладів, можливості вчитися і набувати трудових навичок сприяють сприятливі фактори мікросередовища, тривале лікування, активні реабілітаційні заходи, диспансерний нагляд.

Наявність психічного дефекту з недостатністю критики, дріб'язковістю інтересів, застряганням на різних конфліктах, збільшенням уваги до стану свого

здоров'я, що відзначаються у деяких хворих після інфекційного енцефаліту, сприяють **іпохондричному чи сутяжному розвитку особистості**.

Погіршення стану, декомпенсація психіки, зазвичай, пов'язані з іншою інфекцією, травмою головного мозку, психічними травмами, зловживанням алкоголем, витривалість до яких у хворих цього профілю різко знижена.

У хворих на резидуальній стадії вторинних енцефалітів, зокрема, що були в дитинстві, можливі ендокринні розлади, слабка виразність вторинних статевих ознак, порушення нормальних пропорцій тіла, обличчя. Визначаються неврологічні симптоми органічного ураження головного мозку (анізокорія, в'ялість реакцій зіниць на світло, ослаблення конвергенції). Дослідження спинномозкової рідини виявляє деяке збільшення її тиску та підвищення вмісту білку.

Ревматичний енцефаліт. Основна його форма – **гострий розсіяний гранульоматозний (вузликовий) ревматичний енцефаліт**. На гострій стадії такі ж психічні розлади, що й у більшості інших загальних інфекцій. Характерним є **в'ялий перебіг**, коли можуть спостерігатися **затяжні ревматичні психози**, при яких можливі астено-депресивні та іпохондричні, параноїдальні, галюцинаторно-параноїдальні синдроми. Ревматичний енцефаліт може також проявлятися **симптоматичною епілепсією**, а в дитячому та юнацькому віці нерідко призводить до розвитку **хореї**, що полягає в наявності мимовільних безладних рухів. Можливий також розвиток **слабоумства** чи ослаблення пам'яті.

Для судово-психіатричної практики особливе значення мають обумовлені ревматичним ураженням головного мозку **психопатоподібні стани**, клініка яких характеризується різкою емоційною збудливістю, конфліктністю, схильністю хворих до агресії. Ревматичний енцефаліт часто супроводжується психічною та соматичною астеною, іпохондричною фіксацією, емоційною нестійкістю. Галюцинації і маячні ідеї при ревматичному енцефаліті епізодичні, конкретні за змістом.

Грипозний енцефаліт. У порівнянні з розповсюдженістю грипу ця форма енцефаліту зустрічається значно рідше. Він може протікати з **делірієм** або з явищами постійно зростаючої **оглушеності**, можливі також **тривожно-депресивні стани і психосенсорні розлади**. Резидуальні стани грипозного енцефаліту мають тенденцію до зростання при дії додаткових факторів (різні інтоксикації, травми голови, повторні інфекції).

Малярійний енцефаліт. Малярійні психози більше характерні для повторних приступів хвороби. Для гострої стадії енцефаліту властиве певне різноманіття розладів психіки. Визначають **коматозну, епілептиформну і церебральну форми малярійного енцефаліту**.

Коматозний стан частіше буває при тропічній малярії і нерідко призводить до смерті хворого. Епілептиформні картини спостерігаються переважно у дітей і підлітків. **Психотичні розлади** бувають у вигляді **деліріозного, галюцинаторно-маячного стану, гострої сплутаності**. В судово-психіатричній практиці найбільше значення мають **стійкі психопатоподібні стани** з явищами емоційної збудливості,

експлозивності, що тягнуть за собою конфлікти з оточенням і вчинення суспільно небезпечних діянь.

Епідемічний енцефаліт (енцефаліт Економо). Захворювання спричиняється фільтрівним вірусом, подібним до вірусів сезонних енцефалітів. Перебігає з гострою і хронічною стадією, з резидуальними явищами і можливими подальшими нападами.

На гострій стадії (2 – 3 тижні) можливий розвиток **делірію чи онейроїду**, деколи проявляються **манії, депресії, галюцинаторно-маячні стани**. Психічні розлади на цій стадії рідко призводять до суспільно небезпечних дій.

Після переходу в **хронічну стадію** типовими стають **розлади потягів, зниження психічної активності, характерологічні зміни особистості**. Розгальмованість потягів, зокрема статевого, супроводжується настирливим бажанням задовольнити їх у такій формі і ситуації, що неминуче призводить хворих до скоєння протиправних дій. Вказані психічні розлади у багатьох хворих не супроводжуються суттєвим зниженням інтелекту і розладами пам'яті. Значна емоційна збудливість, афективна напруженість можуть раптово змінювати заторможений стан і сприяти вчиненню хворими раптових агресивних дій.

У зв'язку з психічними травмами (ситуація слідства, перебування на судово-психіатричному обстеженні і тощо) в хворих у хронічній стадії можуть виникати **реактивні стани**, частіше **істеричного** та **депресивного** характеру, а також **аграваційні тенденції та прояви симулятивної поведінки**.

Крім епідемічного енцефаліту відомі первинні вірусні енцефаліти, котрі називаються сезонними, тому що виникають у відповідну пору року (**весняно-літній** або **кліщовий енцефаліт і літньо-осінній, комариний або японський енцефаліт**).

Ці види енцефалітів у більшості своїй виникають на Дальньому Сході та в Сибіру. Кліщева форма відома також в Україні. Вірус передається через укуси кліщів. Вражаються переважно шийний і стовбурний відділи спинного та головного мозку, частково рухова і лобна зони кори головного мозку, що й спричиняє відповідні неврологічні та психічні розлади.

Для гострої стадії кліщового енцефаліту характерними є розлади свідомості у вигляді делірію, сутінків, оглушення; для **комариного** – делірій, аменція, можливий галюцинаторно-параноїдний, депресивний та амнестичний Корсаковський синдроми. Летальність на гострій стадії комариного енцефаліту дуже висока (від 40 до 70%).

На хронічній стадії кліщового енцефаліту розвивається галюцинаторно-параноїдний синдром із маяченням переслідування, отруєння, зоровими та слуховими галюцинаціями. Спостерігаються також депресивно-іпохондричні розлади з руховою розгальмованістю. Емоційна сфера характеризується в основному тоскним або підвищеним настроєм, з руховою розгальмованістю. Може сформуватися деменція, на тлі якої виникають галюцинаторно-маячні стани, що анамнестично пов'язані з характером інфекції, а також бувають симптоми ураження головного мозку органічного типу.

Судово-психіатричне значення енцефалітів. Унаслідок відносної одноманітності розладів психіки при різних формах енцефалітів існує певна ідентичність судово-психіатричної оцінки при типових синдромах і стадіях цієї групи захворювань.

Судово-психіатричне значення гострої стадії невелике, тому що правопорушення в цей період дуже рідкісні.

Експертиза осіб із наслідками інфекційних енцефалітів, зокрема, у випадках психопатоподібних станів, значно утруднена. Коли виявляються неглибоке інтелектуальне зниження, критичне ставлення особи до свого стану та ситуації, що склалася, а також незначні зміни в емоційній і вольовій сферах, які дозволяють їй керувати своєю поведінкою адекватно до обставин, то подається висновок про осудність такого хворого.

Суттєве значення має наявність у матеріалах справи даних, що повно характеризують особу підекспертного. Можливі нечасті резидуальні стани з незначним зниженням інтелекту, але із настільки виразною розгальмованістю потягів (зокрема, статевого), що особа, котра вчинила правопорушення (частіше – це намагання звалтувати, сексуальні збочення), визнається неосудною, тому що в цей час у неї була відсутня здатність керувати своїми діями. В тяжких випадках наслідків енцефалітів із глибоким зниженням інтелекту спостерігаються розлади потягів в дуже грубій формі. Сумнівів у неосудності таких хворих, як правило, не виникає.

Про неосудність особи говорить і наявність у неї галюцинаторно-параноїдних станів з втратою критичності, глибокими змінами особистості внаслідок інфекційних енцефалітів.

При затяжних і частих декомпенсаціях, коли тривалі стани після інфекційного захворювання з характерними астенією та адинамією різко змінюються під впливом психотравмучої ситуації, особи, котрі знаходяться під слідством, підпадають під дію ст. 19 ККУ, а щодо засуджених можливе застосування ст. 84 ККУ, ст. 408 КПКУ, згідно з якими такі особи звільняються від подальшого відбування покарання. Труднощі, що виникають при судово-психіатричній оцінці хворих на хронічній стадії епідемічного енцефаліту обумовлені переважно різноманіттям психічних розладів, нерідкісними фактами відсутності паралелізму між їх вираженістю та інтенсивністю неврологічних наслідків (типу паркісонізму тощо), частими психогенними видозміненнями клініки енцефаліту або розвитком у хворих реактивних станів.

У легких випадках, з відсутністю активної психопатологічної симптоматики, грубих емоційних і вольових розладів, з відносною збереженістю інтелекту, трудових навичок, можливістю свідомо регулювати свою поведінку підекспертні визнаються осудними.

Наявність глибоких емоційних і вольових порушень, а також нечастих у сучасних умовах при епідеміологічному енцефаліті станів глибокого слабоумства, безумовно, визначає висновок про неосудність.

Аналогічне рішення виноситься і при експертному обстеженні осіб із галюцинаторно-маячними чи іншими психотичними станами, котрі нерідко при епідемічному енцефаліті відрізняються слабкою виразністю паркінсонізму.

Вирішення питання про дієздатність осіб, що перенесли той чи інший енцефаліт, у цивільному процесі є складним через велике різноманіття резидуальних психічних змін. Критерії дієздатності значною мірою співпадають із критеріями осудності.

§ 10. Розумова відсталість (F-70 – F-79). Олігофренії (вроджене слабоумство).

Олігофренії (з грецької – слабоумство) – це група вроджених або набутих у ранньому віці (до 3 років) хворобливих станів психіки, що характеризуються загальними клінічними ознаками, котрі дозволяють розглядати їх у практичній експертній роботі як єдину клінічну форму.

Олігофренії поєднує загальна психічна неповноцінність, що виявляється не тільки в недорозвиненості інтелекту і мислення, а й усіх інших психічних функцій: сприйняття, пам'яті, уваги, мови, локомоторних особливостей, емоційно-вольової сфери. Ступінь виразності вродженого слабоумства може бути дуже різним. Від інших форм недоумства олігофренія відрізняється тим, що вона є не зниженням інтелекту й інших функцій психіки, як це буває при інших психічних захворюваннях, а їх первинним недорозвитком.

Неправомірне зіставлення недорозвиненості олігофренів із психічною незрілістю дітей тієї чи іншої вікової групи, тому що мова йде про загальну психічну неповноцінність у зв'язку з хворобою. В олігофренів страждають якраз ті функції психіки, які мали би забезпечити їх нормальний розвиток.

Олігофренії спричиняють неправильне формування або ранне ураження головного мозку. Це може бути зумовлено спадковістю (неповноцінність статевих клітин у батьків, що теж можуть бути хворими на олігофренію, або й у здорових батьків, унаслідок дії інтоксикацій, опромінення та ін.). Різні шкідливі впливи на плід на ранній стадії розвитку теж можуть призвести до розвитку олігофренії, наприклад, алкоголізм, наркоманія матері тощо. Приблизно у третині випадків олігофреній причини з'ясувати не вдається.

Розповсюдженість олігофреній у статистичних даних різних регіонів дуже коливається (від 0,2% до 5% і більше). Суттєва строкатість характеристик розповсюдженості олігофреній серед населення має своє пояснення через об'єктивні причини. Це, наприклад, вплив такого фактора, як різна ступінь вираженості розумового недорозвитку. Якщо тяжкі форми з успіхом розпізнають навіть неспеціалісти, то хворі на олігофренію легкого ступеня, зокрема пограничні з психічною нормою, можуть ніколи не потрапити під нагляд, а отже, й на облік у психіатра. Іноді дуже складно визначити, чи є певна розумова відсталість олігофренією, чи це результат несприятливих умов розвитку і навчання в ранньому

дитинстві (т. зв. педагогічна занедбаність). Хворі на олігофренію можуть бути не виявленими і не потрапити на облік, якщо до них не були пред'явлені вимоги з освіти або якої-небудь праці, для чого є необхідним засвоєння відносно складних знань (різниця між рівнем урбанізації, між містами та віддаленими сільськими місцевостями).

Клінічні форми олігофреній. У практиці давно склалася класифікація, що базується на основній клінічній ознаці олігофреній – розумовій недорозвиненості. Для визначення ступеня розумової недостатності в кількісному виразі у нас і за кордоном застосовується інтелектуальний коефіцієнт – IQ. Градація за ступенем виразності вродженого слабоумства дозволяє всі варіанти олігофреній розділити на 3 групи: ідіотію (IQ=20), імбецильність (IQ=20–50), дебільність (IQ=50–70). Необхідно пам'ятати про певну умовність такої градації, про наявність проміжних станів, особливо при практичній оцінці ідіотії і дебільності різного ступеня вираженості. У деяких випадках буває важко віддиференціювати легку імбецильність від тяжкої дебільності або легку дебільність від проявів низької інтелектуальної норми. В практиці судово-психіатричної експертизи це набуває особливого значення при визначенні осудності-неосудності чи дієздатності-недієздатності.

Соматичні ознаки олігофренії найчастіше виявляються у вадах розвитку. Іноді вони настільки типові, що на їх основі ставиться діагноз ще до того, як виявлено психічний недорозвиток (наприклад, мікроцефалія – зменшені розміри голови; хвороба Дауна, коли виразний характерний зовнішній вигляд).

Ідіотія – найбільш глибоке вроджене слабоумство. При цій формі олігофренії майже повністю відсутня мова й інші психічні функції. Ознаки ураження головного мозку (різко збільшена чи зменшена голова й інші спотворення як результат патології внутрішньоутробного розвитку) при ідіотії звичайно виявляються одразу ж після родів. Через велику патологію мозку життя ідіотів рідко триває до 20 років, вони не можуть оволодіти навіть елементарними життєвими навичками. При ідіотії вкрай послаблені або спотворені реакції на навколишній світ. Сприйняття слабо диференційоване, фіксація уваги неможлива; ідіоти фактично не можуть навчатися. Їхні рухи погано координовані, виконання планомірних актів практично неможливе. Вони не можуть самотійно пересуватись, їх не вдається привчити до дотримання елементарної гігієни. Навіть досягаючи підліткового та юнацького віку, хворі виразною мовою так і не оволодівають; вони не розуміють змісту зверненої до них мови, хоч іноді правильно починають реагувати на інтонацію. Хворі або залишаються нерухомими, або протягом багатьох годин виконують стереотипні рухи (розгойдуються, смокчуть пальці, плещуть у долоні тощо), при цьому вираз обличчя залишається тупим, рот відкритим. Іноді цей стан змінюється спонтанним збудженням. Під час такого безмотивного збудження хворі можуть хаотичними рухами нанести тілесні пошкодження особам, які здійснюють нагляд за ними. Однак, зважаючи на виразну наявність психічної хвороби, стосовно ідіотів кримінальні справи ніколи не порушуються і в судово-психіатричній практиці не зустрічаються.

Хворі залишаються повністю безпомічними, не усвідомлюють своєї неповноцінності і потребують постійного догляду.

Імбецильність – менш глибока ступінь вродженого слабоумства. Серед інших форм олігофренії вона зустрічається до 10%. На відміну від ідіотів, імбецили можуть виявляти елементарні, але все таки диференційовані і різноманітні реакції на навколишнє середовище. Вони можуть орієнтуватися в уже опанованій ними ситуації, однак зовсім розгублюються в новій ситуації. Мова при імбецильності примітивна, аграматична, невиразна, хоч словниковий запас хворих іноді досягає 200–300 слів; вони можуть вживати нескладні фрази та розуміти їх. Їм доступні елементарні узагальнення, вони володіють деякими відомостями в межах простих побутових знань, здатні орієнтуватись у нескладних питаннях побутової обстановки. Однак утворення абстрактних понять їм недоступне, логічні операції здійснюються на дуже низькому рівні, мислення надто конкретне, тугорухоме. Логічна пам'ять при імбецильності відсутня, але механічна пам'ять може бути задовільною, що сприяє засвоєнню деяких елементарних знань і навичок, які правильно, хоч і стереотипно, використовуються в звичній ситуації. У випадках менш тяжкої імбецильності, не дивлячись на низький розвиток інтелекту, безпосередні емоційні реакції можуть бути відносно розвиненими. Це дозволяє навіть встановлювати певні індивідуальні характерологічні відмінності. Відзначається і розвиток ознак особистісного самоусвідомлення, емоційно диференційоване ставлення до оточуючих. Багато імбецилів надзвичайно прив'язані до близьких, можуть співчувати іншим людям, охоче намагаються наслідувати добрим прикладам. Загалом же імбецилів характеризує збідненість, одноманітність емоцій, відсутність ініціативи, здатності до самостійної організації своєї поведінки.

Хворі на імбецильність підвищено навіювані, схильні до сліпого наслідування, нерідко в них відбувається сексуальне перезбудження. Все це може зумовити вчинки, які формально відповідають кримінально карним: підпали, крадіжки, нанесення тілесних ушкоджень, відкрите оголення статевих органів і маніпулювання ними та навіть згвалтування. Однак усі ці дії характеризуються імпульсивністю, відсутністю якої-небудь усвідомленості і, тим більше, розуміння протиправності. В рідкісних випадках, коли з міркувань юридичного порядку (наприклад, для оформлення закриття справи, пов'язаної зі знищенням матеріальних цінностей у результаті підпалу) проводиться судово-психіатрична експертиза, олігофрени завжди визнаються неосудними. Вони також не можуть бути дієздатними, над ними завжди встановлюється опіка.

Дебільність – найлегша і найрозповсюдженіша форма олігофренії. Для судової психіатрії вона має особливе значення. Це пояснюється тим, що серед інших форм олігофренії по суті лише хворі на дебільність становлять значну частину направлених на судово-психіатричну експертизу.

Виразність психічного недорозвитку при дебільності може бути різною: від тяжкої, близької до імбецильності до легкої, що межує з практичною нормою, тобто

рівнем психічно здорових осіб із низьким інтелектом. Це визначає велику неоднорідність клінічних проявів, різний темп психічного розвитку і різний рівень (ступінь) виразності психічного дефекту, котрий спостерігається у хворих із надбанням життєвого досвіду. В цьому сенсі прийнято розрізняти **глибоку, помірно виражену та легку дебільність**.

Чим **більше виражена дебільність**, тим раніше вона виявляється. При глибшому ступені хвороби відставання у психічному розвитку виявляється вже в ранньому дитинстві. Характерною є зовнішність (непропорційна тілобудова, погана координація рухів, дурнуватий вираз обличчя); хворі пізно (після 3–5 років) починають ходити і розмовляти, їх мова часто залишається недорозвиненою, вони недотепні, не вловлюють змісту найпростіших дитячих розваг, відсутня дитяча допитливість. Темп психічного розвитку в таких хворих низький, їм рідко вдається закінчити навіть допоміжну школу. Хворі залишаються безпомічними і потребують постійного догляду.

Легша (помірна) дебільність виявляється дещо пізніше. Такі хворі ходять до школи, але з самого початку виявляють нездатність повноцінно усвідомити навіть відносно легкий навчальний матеріал, будь-які звичайні педагогічні зусилля покращити успішність не мають успіху. Як правило, після 2–4-го класу цих хворих переводять у спеціальні школи або інтернати для розумово відсталих дітей. Там за допомогою спеціальних методів навчання хворі навіть із середнім (помірно вираженим) ступенем дебільності набувають навичок читання, рахування, письма, а дехто – навіть більш складного пізнання. В процесі навчання чітко виявляється слабкість абстрактного мислення. Хворі встановлюють різницю між предметами та явищами лише за зовнішніми ознаками, не здатні передати прихований зміст прислів'їв і метафор. Осмислювання та логічне запам'ятовування підмінюється механічним завчанням, сліпим наслідуванням. Відзначається слабкість активної цілеспрямованої уваги: вона тяжко привертається, погано фіксується, легко розсіюється. Переважає пасивна увага з бездумною реєстрацією навколишнього. Мова відзначається збідненим запасом слів; відомі слова вживаються в елементарних зв'язках, узагальнення значень слів малодоступне. Характерні неправильні за змістом вживання слова, переважають мовні штампи, та короткі, примітивно побудовані фрази. У допоміжних школах хворі нерідко одержують прості виробничі навички (як правило спеціальності, що вимагають механічної стереотипної праці) та надалі працюють або в трудових майстернях психіатричних установ, або навіть за отриманим фахом на загальних умовах. Однак після закінчення допоміжної школи дебільні особи явно вирізняються бідним запасом знань, вузьким колом інтересів, відсутністю ініціативи та самостійності, уповільненістю й інертністю психічних процесів. Основна складність для цих хворих – пристосування до нових незвичних ситуацій, коли встановлені схеми-шаблони поведінки вже недостатні, не підходять і стають необхідними не тільки осмислення, а й елементи творчого підходу до розв'язання завдань і труднощів, які

виникли.

Хворі з найменшою вираженістю слабоумства (легкий ступінь дебільності) виявляються пізніше за інших, у зв'язку зі зміною звичного для них життєвого стереотипу. Багатьом із них все таки вдається закінчити дев'ятирічну загальноосвітню школу чи навіть ПТУ. Дебільність у цих випадках, звичайно, виявляється при намаганні продовжити освіту, під час проходження медичних комісій (найчастіше в зв'язку з призовним віком), в перші тижні служби в армії, на новому місці роботи, а також при судово-психіатричному обстеженні. У таких дебільних осіб часто непогано розвинена мова, їх поведінка практично адекватна і самостійна, якщо порівнювати з глибшою олігофренією; добра здатність наслідувати і механічна пам'ять певною мірою маскують слабкість мислення.

Тільки ретельніше дослідження спеціальними методами виявляє у хворих при легкому ступені дебільності недостатність абстрактного мислення, переважання конкретних асоціацій. Абстрактні поняття в них пов'язані не стільки з певним змістом, скільки зі словесним запозиченням, наслідуванням. Перехід від простих до складніших узагальнень (від конкретних до абстрактних) для них є утрудненим. Вищий рівень узагальнення, пов'язаний із переходом від чуттєвого пізнання до абстрактного мислення, навіть при легкій дебільності є неможливим.

Не дивлячись на загальну ознаку олігофренії – недорозвиненість психіки загалом, особи, котрі страждають на дебільність, мають свою індивідуальність як за характерологічними особливостями, так і за соціальними, що, на відміну від імбецильності і тим більше від ідіотії, дозволяє говорити про особистісні особливості хворих. Ці особливості спостерігаються в різних ступенях виразності між двома основними варіантами: з одного боку, крайньою розгальмованістю, рухливістю, збудженістю, настирливістю, конфліктністю, гіперсексуальністю хворих, а з іншого – постійною загальмованістю, в'ялістю, апатичністю, байдужістю до всього навколишнього. Часто всі прояви виражені помірно, в деяких випадках характерологічні особливості дебільних осіб нагадують окремі варіанти патології характеру при психопатіях, а іноді вони виразні настільки дисгармонійно, що можна говорити про емоційно-вольові порушення, які досягають рівня хворобливих розладів.

Особливою рисою емоційної сфери дебільних осіб при всіх характерологічних варіантах є недостатність вищих емоцій, що проявляється у хворих за відсутності природної для здорової людини потреби пізнати навколишнє середовище: в них є цікавість, але немає потягу до пізнання. Загальна особливість вольової сфери – поєднання слабкості ініціативи з імпульсивністю поведінки, підвищеної навіюваності, схильності до наслідування зі впертістю. При всій слабкості витримки та низькій здатності стримувати свої потяги, недостатності цілісного обмірковування своїх вчинків і підвищеній навіюваності хворі з легким ступенем дебільності можуть достатньо корегувати свою поведінку залежно від зміни ситуації та передбачати наслідки своїх вчинків.

Особистісні особливості хворих на дебільність унаслідок їх підвищеної навіюваності і схильності до наслідування значно більше, ніж у здорових, визначаються особливостями соціально-психологічного клімату, в якому проходить їхнє життя. На одному і тому ж рівні психічного недорозвитку дебільні особи можуть бути доброзичливими до оточуючих, відданими, улесливими, старанними до роботи, що не потребує ініціативи, самостійності, швидких реакцій, переключення на незнайомі операції. Такі хворі навіть обзаводяться власними сім'ями, бувають дбайливими в подружньому житті та батьківстві. Хоч, як правило, розумово відсталі схильні до підвищеної самооцінки, тим не менше багато хто з них усвідомлює свою недолугість, переживає через це, намагається приховувати свою хворобу чи якимось компенсувати її. З іншого боку, якщо особистість, що страждальців на дебільність формується в несприятливих умовах, то соціально-педагогічна занедбаність не тільки сприяє ще більшій затримці психічного розвитку, а й призводить до утворення антисоціальних тенденцій: негативного ставлення до праці, до загальноприйнятих норм поведінки. Такі хворі легко пристають до осіб із делінквентною поведінкою, рано починають курити, вживати алкоголь, наркотики, скоювати крадіжки й інші протиправні вчинки.

В основі олігофренії є стала неповноцінність головного мозку, що спостерігається з народження чи з перших років життя, тому при олігофреніях не існує тієї динаміки, яка характерна при процесуальних захворюваннях (наприклад, шизофренії), коли можна говорити про початок захворювання, його розвиток, зміну синдромів і вихід у видужання або в кінцевий стан. В олігофренів можуть відбуватися тимчасові погіршення психічного стану через неповноцінність мозку, що, зазвичай, виявляється в сильних головних болях, розладах настрою (дисфоріях). Через цю ж причину в них підвищена чутливість до різних інтоксикацій (алкоголю, наркотиків, інфекцій), що може бути в основі легкості виникнення короточасних психотичних станів; останні можуть бути з галюцинаціями, афектом страху, психомоторним збудженням. Динаміка при олігофреніях іноді проявляється і в тому, що під впливом несприятливих факторів у цих хворих може відбутися декомпенсація – тимчасові або більш стійкі погіршення психічного стану. Короточасне, але таке, що може привернути до себе увагу, поглиблення інтелектуальної недостатності може спостерігатися під впливом сильного афекту страху, переляку у психотравмуючій ситуації. Такі хворі протягом кількох днів (іноді кількох годин) справляють враження глибоко слабоумних (до ступеня тяжкої імбецильності), тоді як у звичайному стані є неглибокими дебілами. В суб'єктивно складних психотравмуючих ситуаціях у хворих на олігофренію нерідко трапляються стани гострої розгубленості. Своєрідною патологічною реакцією у страждальців на олігофренію буває реакція суму за домівкою (ностальгія), що виникає при зміні звичного життєвого стереотипу. Остання характеризується наростаючим відчуттям нуді, суму і тривоги, внутрішнім неспокоєм, недостатньо чітким і диференційованим сприйняттям того, що відбувається, суб'єктивним прагненням до розрядки. Однак

бажання покинути нову обстановку, піти додому позбавлене продуктивних планів реалізації. Так, наприклад, один із хворих, потрапивши на віддалений від дому призовний пункт, несподівано вийшов зі строю і зі словами “хочу додому, до мами”, не звертаючи уваги на оточуючих, побіг, хоча дороги додому не знав. У деяких дебілів після арешту виникають інші тимчасові хворобливі стани: реактивні психози кататоноподібні стани, істеричні реакції, пуерилізм (дитяча поведінка), тривожно-депресивний стан.

Судово-психіатрична експертна оцінка олігофренії (розумової відсталості)

Як правило встановлення правильного діагнозу олігофренії не викликає особливих утруднень, а от визначення ступеня слабоумства у багатьох, хто проходить судово-психіатричне обстеження, буває складним. Хворі з дуже глибоким, тяжким слабоумством у край рідко скоюють суспільно небезпечні дії і направляються на експертизу. Більшість із тих, що піддаються обстеженню, є дебільними особами, в яких ступінь глибини психічної неповноцінності і здатність розуміти свої дії та керувати ними далеко не так очевидні.

Хоча констатація вродженого слабоумства показує, що мова йде про патологічний, зумовлений хворобою стан, однак виступати як медичний критерій неосудності вона може бути лише в поєднанні з юридичним критерієм. Без цього психічна патологія (легка ступінь слабоумства) може бути лише умовою, що сприяє скоєнню протиправної дії, яку суд має право враховувати як обставину, котра пом'якшує відповідальність. Фактичний психічний недорозвиток цих хворих стає медичним критерієм неосудності тільки тоді, коли він позбавляє хворого можливості розуміти свої дії або керувати ними.

У загальній картині психічного стану хворих на олігофренію слабоумство не виступає без емоційно-вольових розладів. У цьому зв'язку при визначенні юридичного критерію необхідно оцінювати слабоумство тільки в комплексі з емоційно-вольовими розладами. Вирішальним є встановлення факту: здатний чи не здатний хворий при наявності в нього у структурі інтелектуального недорозвитку та емоційно-вольових порушень адекватно відображати реальну соціально-психологічну ситуацію, відповідно до неї визначати, організувати й усвідомлювати свою поведінку, розуміти її як протиправну. Якщо такої здатності немає, то мова йде про юридичний критерій неосудності; існуюча психічна патологія повинна розглядатись як медичний критерій неосудності (власне ця єдність і передбачається ст. 19 ККУ). Коли ж у дебільної особи прослідкувати формування антисоціальних тенденцій під впливом соціально-психологічних факторів, якщо мотивація антисуспільного вчинку відображає реальні обставини і прийняття рішення про скоєння такого вчинку виходило з розуміння його протиправності і карності, то реалізація цього рішення (скоєння злочину) не має у таких хворих принципової відмінності від злочинів психічно здорових, що й не дає підстав, навіть при наявності певного психічного недорозвитку, говорити про критерій неосудності.

Таким чином, особливістю олігофренії є те, що ці хворі більше, ніж при яких-небудь інших формах психічної патології, можуть визнаватися й осудними, і неосудними. В багатьох випадках експертиз, проведених одним і тим же дебільним особам через декілька років у зв'язку з покращанням психічного стану та соціальної адаптації, давалося заключення про осудність, хоча раніше, при попередніх притягненнях до кримінальної відповідальності, вони клінічно обґрунтовано визнавалися неосудними.

Серед різних видів протиправних дій, що скоюються дебільними особами, найбільш типові майнові – це, зазвичай, дрібні крадіжки, нерідко під впливом психічно здорових зловмисників. На другому місці за частотою стоїть хуліганство. Дуже велика в цих осіб (зокрема, в юнацькому віці) питома вага сексуальних деліктів. Ризик скоєння протиправних дій хворими олігофренією різко зростає, коли вони знаходяться під впливом антисоціального середовища. Найбільшу небезпеку становлять дебільні особи у стані сп'яніння, коли підсилюється і без того наявна слабкість стримування своїх потягів, прогнозування наслідків своїх вчинків. Майже всі дебіли, котрі проходять експертизу, скоюють суспільно небезпечні дії в стані сп'яніння. Більшість із них почали систематично вживати спиртні напої в віці до 14 – 15 років, на момент правопорушення вже страждали на хронічний алкоголізм. Найтяжчі делікти скоюються в стані сп'яніння. Розпізнаванню істинного рівня вродженого слабоумства під час судово-психіатричного обстеження іноді заважають спроби хворих підсилити наявну психічну неспроможність (агравация) або симулювати не властиві їм психічні розлади (наприклад, скаржаться на “голоси” в голові). Однак нездатність хворих імітувати цілісну картину психічних розладів, наївний і неприхований характер прикидань досить швидко дозволяють встановити, що насправді цих розладів немає. І, навпаки, дебільні особи нерідко хочуть, щоб їх визнавали осудними та ставилися до них, як до нормальних людей. Ці хворі можуть легко визнавати себе винними і вимагати, щоб їх за скоєне засудили, говорити, наприклад, що не можна вбивати, красти. Однак між цими формальними ствердженнями та реальною здатністю усвідомлення, обмірковування ними цього “не можна”, а, тим більше, здатністю до більш-менш адекватного прогнозування наслідків своїх вчинків може бути великий розрив, який свідчить про значну глибину вродженого слабоумства.

Різні види судово-психіатричних експертиз, що проводяться хворим на олігофренію, потребують більш диференційованого підходу, ніж при інших формах психічної патології. Іноді при формально неглибокому інтелектуальному дефекті дебіли, які виступають свідкам або потерпілими, нездатні оцінити обстановку, котра склалася, і дати про неї правильні свідчення, тому має бути висновок, що до показань таких осіб потрібно відноситись, як до таких, що даються психічнохворими.

Потрібно також враховувати, що неспівпадання критеріїв осудності і дієздатності може зумовити, наприклад, одночасне заключення про неосудність і

дієздатність при дебільності. Крім цього, при різних правопорушеннях, що потребують різного об'єму осмислення їх протиправного характеру, можливі висновки про осудність стосовно одного діяння та неосудність щодо іншого. При такому диференційованому підході до рішення експертних питань потрібно вважати неправомірними та схоластичними спроби знайти точні, стандартні ознаки меж. Вирішенню цих питань допомагає клініко-соціальний аналіз, який враховує не тільки виявлений на експертизі рівень вродженої психічної неповноцінності, а й те, як ця неповноцінність позбавляє хворого здатності самостійно адаптуватися до життя, розуміти соціально-психологічні реалії та відповідно до них організовувати й усвідомлювати свою поведінку (тобто з оцінкою вираження цієї недостатності в соціальній діяльності).

Певним допоміжним інструментом в діагностуванні олігофренії може слугувати експериментально-психологічне обстеження, однак значення його для судової психіатрії відносно. Дебільність, яка виявляється тільки за результатами психологічного експерименту, наперед виражена в такому ступені, що можливе лише заключення про осудність. З іншого боку, коли слабоумство є причиною низької здатності до соціальної адаптації (це виявляється вже в неспроможності засвоєння програми загальноосвітньої школи), то діагноз олігофренії легко встановлюється і без соціально-психологічного обстеження. Визначення ж ступеня інтелектуальної недостатності при “межових” (стосовно осудності-неосудності) випадках тільки на основі даних психологічних тестів невиправдане, хоча такі дані приймаються до уваги при остаточному вирішенні експертного питання. Справа в тому, що в таких випадках психологічний експеримент, виявляючи за тестом певну інтелектуальну недостатність, не може розкрити, якою мірою ця недостатність позбавляла дебільну особу здатності розуміти свої дії та керувати ними, стосовно конкретної дії, що інкримінується. Цим пояснюється, чому олігофрени, котрі виявили за результатами психологічного обстеження подібний рівень інтелектуальної недостатності, визнаються й осудними, і неосудними. Такі дебільні особи можуть мати різний рівень соціальної адаптації і різну здатність розуміти свої дії та керувати ними, щодо будь-яких протиправних дій, скоєних у різних соціально-психологічних ситуаціях. Саме тому тільки цілісний соціально-психологічний аналіз, про котрий йшлося вище, дає можливість при встановленні діагнозу дебільності дати аргументовану відповідь на питання про осудність-неосудність.

§ 11. Психопатії – розлади особистості і поведінки в дорослих (F-60 – F-69).

Під психопатіями або розладами особистості розуміють стійкі аномалії особи, що характеризуються дисгармонією емоційно-вольової сфери та своєрідним, переважно афективним мисленням. Психопатичні особливості проявляються в дитинстві або юності і без значних змін зберігаються протягом усього життя. Вони охоплюють всю особу, визначають її структуру і, звичайно, перешкоджають

повноцінному пристосуванню особи до навколишнього середовища, ускладнюють її адаптацію.

Переважає більшість психопатичних осіб залишається поза увагою психіатрів, тому виявлення дійсної розповсюдженості психопатій серед населення дуже утруднено.

Психопатія – це незвичайний, аномальний характер. Його походження залишається недостатньо з'ясованим. Існують три основних погляди на це питання. Згідно з першим, психопатію вважають вродженим стражданням. Відповідно до другого, спотворення характеру формуються протягом життя людини під впливом несприятливих факторів мікросередовища й умов виховання. Прихильники третього розглядають походження психопатій як результат взаємодії вроджених і діючих у ранні роки розвитку особи факторів. За особливостями походження О. В. Кербіков поділяв психопатів на ядерні – вроджені, конституціональні, тобто зумовлені особливостями загальної тіло будови, красі, котрі формуються внаслідок несприятливих впливів середовища та органічні, що виникають після перенесених в дитинстві та в юності різних захворювань. Формування психопатій відбувається до кінця пубертатного перехідного періоду, до того часу, коли завершується розвиток характеру людини.

За клінічними особливостями, з урахуванням найбільш виразних аномальних рис характеру, виокремлюють кілька варіантів психопатій: збудливого типу (кола); істеричного типу; паранояльного типу; гальмівні; шизоїдного типу; нестійкі або т. зв. (мозаїчні).

Психопатії збудливого типу. Підвищена дратівливість, збудливість у поєднанні з експлозивністю (вибуховістю), через що існує назва “психопатії експлозивного типу”, переважання злобності в коливаннях настрою, мстивість, в'язкість афективних реакцій, схильність до бурхливих проявів афекту у відповідь на часто незначні причини – ось головні характерологічні ознаки, що проходять через все життя таких психопатичних осіб. Це здебільшого постійно нічим невдоволені люди, котрі шукають зачепок для прискіпувань. Коливання настрою у них, як правило, зумовлені зовнішніми чинниками, може спостерігатись і підвищений настрій, однак він не досягає радісного ставлення до життя. Збудливі психопатичні особи переважно злобні, їм бракує розсудливості і холодної оцінки ситуації, тому дрібні щоденні неприємності викликають у них виразні емоційні вибухи, спалахи нестримного гніву. Особливо чітко це виявляється в частих сімейних конфліктах. Психопатичні особи цього типу надто нетерпимі до чужої думки, не виносять протиріч. Ці риси в поєднанні з властивим їм егоїзмом, небажанням рахуватися з інтересами інших дають привід для завжди поганих відносин з оточуючими. Повсякденні зіткнення призводять до уявлення про якесь їхнє особливе призначення. З'являються думки та висловлювання про те, що їх “не розуміють”, “недостатньо цінують” на роботі і вдома. Більшість психопатичних осіб збудливого типу схильні до переоцінки своїх розумових здібностей, часто вважають себе людьми, котрі

стоять вище середнього рівня. На тлі неприємних відносин з оточуючими ці якості виливаються в дріб'язкову прискіпливість, підозрілість. Такі особи образливі, злопам'ятні, застережливо відносяться до близьких, які часто не приймають їх вимог, чинять спротив їхнім примхам. Таке ставлення, звичайно, поглиблює конфлікти. У суперечках із різних причин хворі доводять свою правоту не стільки логічними тлумаченнями, скільки намаганнями “перекричати” опонентів, здобути перевагу своїм сварливим характером. Вони прямолінійні, вперті. У декого з них виробляється своєрідна поза “борця за справедливість”, “захисника” різних прав, при цьому вони намагаються подати себе більш справедливими та достойними, ніж оточуючі, іноді вступають в конфлікти, коли “несправедливість” стосується третіх осіб, але швидко переходять до своїх особистих егоїстичних інтересів.

Через вищенаведені особливості характеру психопати цієї групи виявляються невживчивими в колективах, вимушені часто змінювати місця своєї роботи.

На тлі основних рис особистості, характерних для збудливої психопатії, можуть виявлятися деякі додаткові риси, які дозволяють визначити різні варіанти цієї групи. В одних випадках – це дефензивні риси: улесливість, педантичність, акуратність, злопам'ятність, жорстокість, що нагадують епілептичні риси; в інших – нестриманість, відсутність спроб приховувати свої почуття, деяка театральність їх експлозивних проявів, схильність до сліз у стані збудження, тобто особливості, які зовні нагадують істеричні ознаки. Ці додаткові якості слугують ніби надбудовою над основною структурою психопатичної особи, що додають відповідних відтінків афективним проявам таких осіб.

Психопатії істеричного типу. Головною особливістю істеричних психопатичних осіб є бажання будь-що привернути до себе увагу оточуючих, тому їхня поведінка характеризується демонстративністю, театральністю, позбавлена простоти і природності. Їм необхідно бути в центрі уваги, щоби про них говорили, ними захоплювалися, і задля досягнення цього хворі не гребують жодними засобами. Психічна незрілість, інфантилізм, які характерні істеричним особам, не дають їм можливості досягнути здійснення своїх претензій шляхом виховання та розвитку власних дійсних здібностей. Їхні почуття поверхневі, невірноважені та нестійкі, зовнішнє оформлення емоційних реакцій неадекватне приводу, глибина реакції та суб'єктивна значимість невеликі. На висоті афективного розряду в істеричних психопатичних осіб зберігається можливість контролювати свою поведінку, врахувати ситуацію – “гра на глядача”. Для них є характерними часті зміни настрою, швидкі коливання симпатій та антипатій, своєрідна “спотвореність” почуттів, яка може полягати в поєднанні зовнішньої доброзичливості з внутрішньою холодністю емоцій. Вольові аномалії істеричних осіб визначаються підвищеною навіюваністю і самонавіюваністю, котрі мають вибіркового характеру тільки стосовно того, що відповідає їхній потребі привертати до себе увагу. Вони нездатні до довготривалого напруження вольових зусиль заради мети, котра не обіцяє їм швидких лаврів і захоплення з боку оточуючих.

Істеричним психопатичним особам властивий “художній тип мислення”. Розумові висновки в них дуже суперечливі: замість логічного зіставлення фактів і тверезої оцінки дійсності їх часто захоплюють безплідні вигадки, які є продуктом по-дитячому багатой і нестримної фантазії. При уявній повній переконаності істеричних осіб у своїх фантазіях межа між реальним і фантастичним не зникає повністю. Вони завжди можуть розмежувати дійсне та вигадане, не дивлячись на часто повну захопленість своїми враженнями. Істеричні психопати рідко досягають успіхів у позитивній, творчій діяльності. Намагання постійно перебувати в центрі уваги, бути оригінальними їм заважають.

У скрутних ситуаціях у них легко виникають істероневротичні реакції – бурхливі афективні реакції з демонстративними плачем і вигуками, нанесенням собі пошкоджень, агресією щодо оточуючих, істеричними нападами, іноді у формі істеричних фізичних симптомів. Можливо виокремити дві групи особистісної структури: збудливу та гальмівну. До першої відносяться яскраві натури, стенічні в досягненні своїх цілей, екстравертовані, екстравагантні, “вимагаючі визнання”, нетерпимі до зауважень і заперечень. Протидія їм або нерозуміння оточуючих спричиняє в них бурхливі афективні розряди. Для істеричних осіб, котрі відносяться до гальмівної групи, характерні підвищена вразливість, чутливість, фантазування, схильність до швидкої виснажливості, невротичних реакцій, які легко фіксуються. При несприятливих ситуаційних впливах вони схильні замикатися в собі, входити в світ власних фантазій і домислів. У деяких випадках у таких умовах відбувається реалізація поведінки за типом “втеча в хворобу”.

Психопатії паранояльного типу. При паранояльних психопатіях головними патохарактерологічними проявами є особлива схильність до надцінних утворень, поєднаних із малою гнучкістю психіки, підозрлістю і, зазвичай, підвищеною самооцінкою. Виразні надцінні ідеї, а також перші паранояльні ідеї та реакції з’являються у цих хворих лише близько 20–25-річного віку. Однак і в більш ранньому віці виявляються патохарактерологічні реакції, які вказують на їх особливість і своєрідність. З дитинства їм властиві односторонні захоплення, які поєднуються з впертістю, прямолінійністю. Переоцінка своїх здібностей виявляється в тенденції до лідерства, самоствердження. Такі особи надзвичайно чутливі до ігнорування їхньої думки, схильні до перебільшування значення розходжень у поглядах, вкрай образливі та злопам’ятні. Їх егоїзм, безкомпромісність, бажання в кожній ситуації вчиняти по-своєму, безапеляційна категоричність міркувань, як правило, заважають підтримувати рівні стосунки в колективах і сім’ї.

З віком властиві цим особам особливості, зазвичай, підсилюються. Хворі стають більш консервативними та ригідними, нетерпимість до іншої думки переростає в них у відкриту ворожість. Акцентована принциповість набуває характеру прискіпливості, перетворюється в дріб’язковий педантизм. “Боротьба за справедливість” розвивається в зв’язку з незначними подіями, які зачіпають егоїстичні інтереси цих осіб. Схильність до легко виникаючих і домінуючих ідей, що

стосуються афективно значущих переживань, як правило, поєднується з вузькістю мислення, його конкретністю, часто поверхневістю уявлень, банальністю і трафаретністю висловлювань і розумових висновків.

На фоні конфліктних відносин у психопатичних осіб паранояльного типу дуже загострюються недовірливість, підозрілість, схильність до фантазування. Афективна охопленість у таких випадках визначає однобічну оцінку дійсності, своєрідний відбір та інтерпретацію різних подій на підтвердження власної точки зору. Внаслідок цього виникаючі підозри все більше укріплюються, обростають “доказами”, набувають маячного забарвлення. Таким чином, у психопатичних осіб у несприятливих умовах може розвинути паранояльне маячення, зміст якого тісно пов’язаний з психотравмуючими обставинами (сутяжно-паранояльний розвиток, маячення ревнощів, винахідництва й ін). У хронічних психотравмуючих умовах паранояльні переживання хворих можуть розширюватись і систематизуватись, набуваючи стійкого малокурабельного характеру (стан параної або паранояльний стан).

Гальмівні психопатії. Патологічні особи, в структурі яких провідне місце займають астенічні та психастенічні патохарактерологічні прояви, об’єднують у цю групу психопатій. Основою для цього є гальмівний, пасивний характер реакцій на різні психотравмуючі події.

В астенічних психопатичних осіб із дитинства спостерігається підвищена несміливість, нерішучість, вразливість. Особливо сором’язливими вони стають в новій обстановці, серед малознайомих людей, де їх не полишає відчуття власної неповноцінності. Підвищена чутливість, “мімозність”, проявляється у таких осіб стосовно як психічних подразників, так і фізичних навантажень. При цьому ними відчуваються виразні коливання працездатності, спади настрою, стомленість, розбитість.

Постійні якості цих осіб – подразлива слабкість, спалахи афекту при будь-яких напруженнях, непосильних для них. Характерним є дещо пригнічений фон настрою з легко виникаючою тривожністю, невпевненістю в собі при стиканні навіть із незначними труднощами. Дещо пізніше, в підлітковому віці, до цих астенічних патохарактерологічних особливостей можуть приєднуватись психастенічні риси. У таких осіб виявляються підвищена рефлексія, прагнення до постійного психічного психоаналізу та самоконтролю. Із застереженням вони ставляться до всього нового, що спричиняє у них відчуття страху, тривоги, своєї неповноцінності. Часто при цьому з’являється схильність до настирливих сумнівів, легко формуються різні фобії.

Вольові прояви психопатичних осіб гальмівного кола характеризуються недостатністю, в них часто можна відзначити слабкість потягів – поганий апетит, відставання у сексуальному розвитку й аномальна сексуальність у дорослому віці (імпотенція, гомосексуалізм, педофілія). Характерні і такі соматичні компоненти, як головні болі, розлади сну, неприємні відчуття в ділянці серця. Неухильні зіткнення з

оточуючим середовищем у більшості випадків супроводжується в цих осіб астеничними емоціями пригніченості, сорому, відчуттям поразки та стражданням. Властиві гальмівним психопатичним особам патохарактерологічні особливості часто заважають їх адаптації в колективі і сприяють створенню конфліктних ситуацій у різних сферах міжособистісних відносин (виробничих, сімейних тощо). В цих ситуаціях відбувається психопатична реакція з загостренням відчуття неповноцінності, відмовою від подальших дій, з фіксацією на іпохондричних переживаннях. У хронічних психотравмуючих ситуаціях можливе ускладнення структури психопатії з розвитком вторинних істеричних, параноїчних рис характеру.

Психопатія шизоїдного типу. В осіб на це захворювання поряд із вразливістю, несміливістю, інерцією в життєвих колізіях відзначаються такі особливості, як уникання спілкування, інтравертованість, схильність до внутрішньої переробки своїх переживань, ускладнення контактів з особами найближчого оточення, схильність до фантазування на далекі від реальності теми, холодність до близьких, чопорність і дивакуватість у поведінці. Проявляється також відсутність почуття гумору, надлишкова серйозність або сентиментальність, мрійливість. Вони виявляють схильність до самоаналізу, рефлексії, нерідко – високий освітній ценз, добру здатність до навчання при слабкій моторній вмілості. Їхні професії та захоплення відносяться переважно до галузі літератури, мистецтва, музики, теоретичних розділів науки. Захоплення нерідко “нестандартні”, з прагненням до незвичайного (авангардистське мистецтво, поп-музика, екстрасенси, уфологія тощо). Разом із тим їхні захоплення не мають характеру відірваності від зовнішнього світу і дуже розповсюджені в мікрогрупах, в яких обертаються ці особи. Вони часто міняють професію, роботу, місце проживання, причому ці зміни мотивуються пошуками цікавіших занять “для душі”, “романтичних”, “незвичайних” місць проживання. Всі ці пошуки спрямовані на максимальне самозадоволення без прагнення матеріального успіху або слави. Такими ж нерівними складаються в них і сімейні відносини внаслідок непорозумінь і відсутності спільних інтересів.

Нестійкі психопати характеризуються надзвичайною нестійкістю інтересів, захоплень, планів, рішень, нездатністю до тривалого зосередження, одноманітної діяльності. Вони підвищено навіювані та легко підпадають під чужий вплив. Залежно від характеру соціального середовища ці особливості психопатів можуть бути то більше, то менше виразними. При наявності відповідного оточення ці особи легко втягуються в азартні ігри, впливають наркотики, алкоголь, стають сексуально розбещеними. Нерідко вони схильні до реакцій за збудливим та істеричним типами. Сьогодні психіатри все частіше застосовують поняття “**мозаїчна психопатія**” у випадках, коли в клінічній картині досліджуваних осіб у різний час проявляються тією, чи іншою мірою виражені ознаки майже всіх вищенаведених характерологічних особливостей.

Особливості клінічного перебігу психопатій, їхня патологічна динаміка. Особи, котрі страждають на психопатії, відзначаються значною чутливістю до різних

зовнішніх впливів і біологічних змін, що відбуваються протягом всього їхнього життя. Ці фактори змінюють клінічну картину психопатій, зумовлюючи загострення психопатичних проявів, тимчасові і довготривалі реакції та розвитку. Такі тимчасові зрушення в стані психопатичних осіб позначаються як динаміка психопатій. Це – поняття ввів у психіатрію П. Б. Ганнушкін. Він підкреслював, що динаміку психопатій можна розуміти широко і вузько; в широкому плані розглядаються зміни складу особи впродовж життя під впливом вікових кризів.

Вікові види динаміки психопатій, які є підґрунтям для психопатичних т. зв. екзацербаций, переважно не мають великого судово-психіатричного значення крім загострення пубертатного періоду. В судово-психіатричній клініці головне місце, як причина небезпечних дій і привід для екскульпації, займають психопатичні декомпенсації, реакції, розвитку. Найбільш загальним механізмом динаміки психопатій є **компенсація і декомпенсація** патологічного стану.

Компенсація – стан динаміки психопатій, коли в результаті розвитку вторинних характерологічних рис, які мають захисну роль щодо первинних облігатних особливостей, забезпечується тимчасова адаптація особи до мікросередовища. Цей стан відрізняється мінімальними проявами патологічних рис характеру та задовільними показниками соціальної пристосованості особи. Більшість психопатичних осіб скоюють протиправні дії в стані компенсації, що й визначає їх осудність.

Компенсація відбувається двома шляхами. Перший з них зумовлений впливом соціально сприятливих умов, за яких відбувається згладжування основних психопатичних особливостей. Другий – за допомогою виробітку вторинних психопатичних рис, що затушовують ведучий симптомокомплекс; він пов'язаний із внутрішніми ресурсами психопатичної особи, котрі дозволяють знайти шляхи пристосування до зовнішнього середовища.

Декомпенсація психопатій характеризується явним загостренням, вип'ячуванням усіх основних патологічних рис особи, тимчасовим або тривалим порушенням соціальної адаптації, що була раніше.

Як правило, декомпенсація є наслідком зовнішніх впливів, психотравмуючих ситуацій на психопатичну особу. Її виникнення пов'язано також із типологічними особливостями певного варіанту психопатій: декомпенсуючі умови для одних варіантів особистісної патології можуть бути адекватними і навіть компенсуючими для інших. Так, сімейно-побутові конфлікти зумовлюють загострення в одних, збудливих, але відносно рідко в других, астенічних. До умов строгої дисципліни добре пристосовуються астеніки, непогано ептлептоїди, але практично не здатні до адаптації в такій обстановці нестійкі та шизоїди. В станах декомпенсації можуть прослідковуватися різні клінічні варіанти.

У судово-психіатричній практиці найбільше значення мають **реакції** – такі зміни особи, коли значно підсилені характерологічні риси є основним реактивним комплексом. Це психопатичні реакції в межах ресурсів особи, при яких у відповідь

на зовнішні психотравмуючі впливи виникає огрубіння, поглиблення основних, облігатних сторін характеру. Психопатичні риси виникають, як правило, вслід за основною причиною, що є відповіддю на зовнішній привід. Результатом таких впливів є значне емоційне, напруження, тривожність, невпевненість у майбутньому. Поступове накопичення та сумація від'ємних переживань призводить до того, що часто незначний зовнішній привід – образа чи порушення намічених планів – спричиняє бурхливий афективний розряд, виразну емоційну реакцію.

За клінічними особливостями реакції можуть бути розділеними на два варіанти. Одні з них є характерологічними кількісними змінами рис у межах ресурсів особи. Ці реакції швидкоплинні, тривають від кількох годин до кількох днів. Відреагування афекту, заспокоєння після таких загострень супроводжується недовготривалим періодом психічної та фізичної астенії.

Другий варіант психопатичних характерологічних реакцій – неоднозначних типових психопатій полягає в тому, що на фоні загострення постійних рис особи з'являються інші форми реагування: найчастіше істеричні, агресивно-вибухові, іноді астеничні. При цьому нерідко виникають реакції, контрастні основному типові психопатій, наприклад, астеничні у збудливих або агресивно-вибухові у гальмівних.

Неоднозначні реакції виникають в особливо складній ситуації, з у край виразною суб'єктивною значимістю для особи (крах сподівань, тяжка, невиліковна хвороба рідних, змушена зміна звичних обставин). У стані неоднозначної реакції з найбільшою чіткістю прослідковуються властиві психопатіям порушення емоційно-вольової та інтелектуальної сфер, що призводять до некритичної, маловмотивованої поведінки з порушенням здатності керувати своїми вчинками. Дії таких осіб відбуваються ніби без розумової переробки їх наслідків, при цьому поведінка переважно визначається наявністю незвичних способів реагування.

Велике місце в клініці психопатичної динаміки займає **патологічний розвиток**. Він складається з реакцій, які фіксують поступово клінічні явища і формують відносно стійкі зміни особи.

Патологічний паранояльний розвиток особи при психопатіях є варіантом ситуаційного її розвитку, в основі якого лежить психічна травма, що впливає на психопатичну особу.

У своєму перебігу паранояльний розвиток особи проходить кілька етапів. Після травмуючих обставин починається загострення психопатичних рис із появою невротичних явищ у вигляді загального нездужання, головних болей, розладів сну, апетиту з настирливими уявленнями, пов'язаними зі змістом психічної травми. Наступний етап характеризується наявністю домінуючих ідей з фіксацією на негативно забарвлених переживаннях, підсиленням конфліктності з людьми, з якими пов'язана патогенна обстановка. На етапі домінуючих уявлень коло осіб, втягнутих у патологічні переживання, є конкретним, тлумачення обставин не виходить за межі звичайних відносин. Висловлювання обмежуються реальними обставинами, які, однак, можуть інтерпретуватися спотворено, зі суб'єктивних позицій. Поза

конфліктом домінуючі ідеї не виявляються, зберігається соціальна адаптація, працездатність. Можливе критичне відношення та розвінчування хибності установок хворих.

Подальший етап паранояльного розвитку зумовлюється продовженою дією несприятливої ситуації. Якісно змінюється психіка, з'являються патологічні надцінні ідеї. В цей час змінюється критичне ставлення до ситуації та хворобливих висловлювань, зникає необхідність пошуку доказів вини тих, хто “образив”, виникає патологічна інтерпретація дійсного становища і минулих вчинків осіб, з якими існував конфлікт. Патологічні ідеї генералізуються, коло втягнутих до них осіб стає ширшим. Отже, розвивається маячна система, часто розгалужена та складна.

Суспільна небезпечність хворих із паранояльним маяченням і домінуючими ідеями велика. При цій формі патології (зокрема при ідеях ревнощів) правопорушення часто особливо жорстокі супроводжуються нанесенням тілесних ушкоджень, вбивствами.

Іншим варіантом патологічного розвитку є т. зв. “глибока психопатія”. У таких випадках проходить повільне і поступове підсилення виразності облігатних якостей особи з яскравістю емоційних реакцій, огрубінням основного малюнку характерологічних рис.

Суспільно небезпечні дії менш тяжкі, ніж в інших варіантах динаміки (крадіжки, бешкетування тощо), котрі переважно не пов'язані з афективними проявами, а зумовлюються спотворенням соціальної адаптації особи. Часто зустрічаються повторні діяння, теж обумовлені дезадаптацією.

Виникаючі загострення стану із втратою соціальної адаптації, неправильною поведінкою в середовищі тягнуться довго – місяці, роки, змінюючись у більшості випадків повною або частковою компенсацією особистісних особливостей і пристосуванням до навколишнього середовища.

Розлади потягів при психопатіях. Зустрічається кілька синдромів порушення потягів: – сексуальні переверзії, патологічні потяги до підпалювання (піроманія), бродяжництво, (вагабандаж поріоманія) і самогубства (суїцидоманія).

Сексуальні переверзії відрізняються виразним поліморфізмом (див. § розділу II). Ексігібіціонізм може виникати на основі онанізму та виявляється в бажанні оголювати свої статеві органи перед іншими. Фетишизм – хвороблива спрямованість сексуального потягу на певні частини тіла, на предмети, що відіграють в уявленні фетишиста самодостатню роль і є умовою для отримання сексуального задоволення. Чим більше відірваний фетишизований предмет чи ознака, тим яскравіше виражена психічна патологія. Гомосексуалізм – сексуальний потяг до осіб однієї статі. Сприятли виникненню гомосексуалізму може розбещений вплив “зрілих гомосексуалістів”, а також взаємний серед осіб однієї статі онанізм. Форми гомосексуалізму, способи спілкування та їхні типи дуже різноманітні. Садизм і мазохізм – сексуальне задоволення, що поєднується зі спричиненням об'єкту свого потягу болі (садизм) або прагненням самому відчувати біль, спричинену іншою

особою (мазохізм). Ці полярно протилежні явища зустрічаються іноді одночасно. Педофілія – сексуальний потяг до дітей і підлітків; нерідко зустрічається в судово-психіатричній практиці в зв'язку з притягненням до кримінальної відповідальності за розбещення неповнолітніх. Педофілія як і содомія (скотолозтво) та некрофілія (статеві акти з трупами), у багатьох випадках є симптомом статевої слабкості, котра призводить до пошуків збуджуючих моментів. В однієї і тієї ж особи можливе поєднання різних форм статевих перекичень.

Розрізняють правдиві (істинні) та неправдиві (псевдо-) переверзії статевого потягу у психопатичних осіб. Перші з них є більш стійкими та глибокими розладами, що виникають найчастіше на біологічно зміненому (в сексуальному аспекті) підґрунті і характеризуються повною відсутністю нормального статевого потягу. Псевдопереверзії менш стійкі та виразні; вони, як правило, не мають хворобливої біологічної основи і характеризуються пригніченням або підсиленням статевого потягу, але при цьому не виключається можливість безперервного сексуального потягу.

Клінічно неоднорідним є інший синдром патологічних потягів – піроманічний. При правдивій піроманії в основі підпалів лежить непереборний потяг до вогню. При цьому характерні перед піроманічними актами розлади настрою дисфоричного типу в поєднанні з відчуттям внутрішнього напруження (але без відтінку злобності і прагнення до агресивних розрядів), імпульсивний характер дій, приступоподібність, повторюваність, поєднання такого приступу із сексуальним збудженням, яке вирішується при спостереженні вогню, відсутність заходів перестороги, спрямованих на приховування своїх тяжких кримінальних дій, пов'язаних із підпалами, нехарактерність їх особі, наступна фрагментарна амнезія.

При піроманії неправдивого типу – псевдопіроманії, що виявляється у вигляді імпульсивноподібних і настирливих дій, підпали мають психологічно зрозумілі корені. Псевдопіроманічний акт є сукупність обміркованих, послідовних і цілеспрямованих дій, з боку особи присутнє критичне ставлення до свого вчинку та передбачення можливих наслідків.

При дромоманіях теж можна виокремити два клінічні варіанти, які нерідко змінюють один одного, – псевдо- та істинної дромоманії. При псевдодромоманії втечі з дому бувають, як правило, у дітей в умовах конфліктної ситуації і є проявом реакції опозиції чи протесту. Така форма реагування на складну ситуацію з повторенням втеч стає звичним стереотипом і переростає у синдром т. зв. “нестримних потягів”. На етапі нестримних істинних дромоманічних потягів видимий зв'язок втечі з дому із психотравмуючими обставинами втрачається, реакція відходу ніби відривається від першопричини та позбавляється психологічної зрозумілості. Дромоманічні акти набувають імпульсивного, немотивованого, безцільного характеру.

Суїцидальні тенденції стаються проявом істинного розладу потягів тоді, коли впливають з одного психологічно невиправданого мотиву – бажання вмерти.

Псевдосуїцидальні тенденції є або розрядкою афективного напруження, або формою прихованих псевдозахисних схильностей, або, найчастіше, засобом впливу особи на несприятливу ситуацію (суїцидальний шантаж). Як суїцидальні, так і псевдосуїцидальні тенденції можуть виникати епізодично, але інколи набувають і стійкого характеру, що виявляється в ланцюзі суїцидальних епізодів.

Судово-психіатрична оцінка психопатій. Психопатичні особи, котрі скоюють правопорушення в стані компенсації, а таких абсолютна більшість, визнаються осудними. Ця загальновизнана точка зору обумовлена уявленнями про психопатію як аномалію особи, а не хворобу в сенсі медичного критерію (ст. 12 ККУ) та свідомості їх вчинків, тобто відсутності ознак юридичного критерію неосудності.

Зрив компенсаторних механізмів – декомпенсація проходить в умовах суб'єктивно значущої для особи психотравмуючої ситуації. Як правило, в цих випадках виникають психопатичні реакції різної клінічної структури. Залежно від того, облігатні чи факультативні риси особи піддалися зриву, спостерігаються неодинакові рівні порушення соціальної адаптації та різні ступені психопатичної декомпенсації. Реакції без грубих ознак втрати компенсаторних можливостей, з загостренням переважно облігатних сторін особи (однозначні типу психопатій) повинні розглядатися як такі, котрі не тягнуть за собою неосудності, не дивлячись на те, що при них можуть спостерігатись афективна логіка і психопатична мотивація. Обґрунтуванням осудності тут слугує відсутність тотальності психопатичних порушень, достатня збереженість соціальної адаптації до правопорушення. Психопатичний склад особи робить ці реакції лише більш виразними, гострими.

Невідповідальність при неоднозначних реакціях зумовлена вкрай перекрученою емоційністю з неадекватністю наявній причині, незвичайною злобністю, жорстокістю на фоні дисфоричного чи депресивного настрою. Ці ознаки бувають помітними ще до делікту, соціальна адаптація виявляється зміненою. Єдиною ознакою, що призводить до неосудності, тут є порушення критичного ставлення до своїх вчинків, діянь “всупереч очікуванням”. Це тягне за собою порушення здатності керувати власними діями та розуміти їх. Порівняна короткочасність цих дій та реакцій, їхній зв'язок із зовнішніми приводами дає право прирівнювати їх до тимчасових хворобливих розладів психічної діяльності (ст. 19 ККУ).

Для психопатичного розвитку “глибокої психопатії” характерні довготривалий стан крайньої загостреності всіх особливостей, зміна мотиваційної сфери. Ці явища супроводжуються втратою або значним зниженням соціальної адаптації. Сукупність вказаних ознак і зумовлює визнання таких хворих неосудними за ознаками “інших хворобливих станів” (ст. 19 ККУ).

Судово-психіатрична оцінка патологічного паранояльного розвитку різна, залежно від етапу і психопатологічного змісту синдрому. Наявність домінуючих ідей як утворень, що лежать в основі психологічних переживань, що являють собою афективно-забарвлені думки та уявлення, не змінюють якісну структуру особи і не порушують грубо соціальну адаптацію, потрібно розцінювати як стани, котрі не

виключають осудності.

Хворобливий психотичний характер синдрому паранояльних ідей – якісно нове утворення в клініці психопатій. Довготривалість і стійкість таких ідей надає право прирівнювати їх до хронічних психічних захворювань медичного критерію, тому що ознаки маячного стану перешкоджають можливості розуміти свої дії та керувати ними, і це дозволяє оцінювати таких осіб як неосудних.

§ 12. Судово-психіатрична експертиза неповнолітніх.

Психіатрію підліткового віку нині практично виділено в окремий розділ психічної патології, що зумовлено фізіологічними, соціально-педагогічними, юридичними особливостями проблем підлітково-юнацького віку й обґрунтовано наукою. Цей розділ психіатрії вивчає специфіку психічних розладів у період пубертату (третього вікового кризу – за визначенням Г. Е. Сухарєвої). Вікові межі цього періоду, згідно новітніх даних фізіології, біохімії, ендокринології, відповідають 12–18 рокам та охоплюють весь підлітково-юнацький вік.

Пубертатний період або криз – найбільш значний і відповідальний період онтогенезу. Під час цього короткотермінового (всього за 6 років) етапу розвитку людського організму проходять бурхливі процеси статевого та психічного визрівання з відповідною психологічною та ендокринною перебудовою. В розвитку дитини ця критична фаза (перша настає у віці 3–4 роки, друга – 7–8 років) є найбільш тяжкою і складною. Весь цей період характеризується окремими, властивими лише йому закономірностями клініки, патогенезу клінічних розладів, в основі яких є дуже інтенсивне, але нерівномірне дозрівання різних органів і систем, що зумовлює підвищену реактивність і вразливість нервово-психічної організації.

Особливе правове становище неповнолітніх у законодавчому порядку закріплене в ст. 22 ККУ, ст. 84 КПКУ та інших кодексах. Підлітки 14–16 років притягаються до кримінальної відповідальності лише за тяжкі злочини; особам такого віку хоч і можуть інкримінуватися всі статті ККУ, але при невеликій суспільній небезпечності кримінальних вчинків щодо них застосовуються заходи не пенітенціарного, а примусово-виховного характеру в спеціальних виправно-трудових установах. Вказане правове становище неповнолітніх пов'язане переважно з наявністю в них природної вікової психічної та соціальної незрілості, яка визначає недостатність правових знань і вміння ними користуватися, незрілість вольових функцій і несформованість критичних здатностей. Процес психічного дозрівання може перебігати більш спокійно чи бурхливо, залежно від багатьох додаткових факторів (патологічної спадковості, органічних та інфекційних захворювань у дитячому віці, важких умов життя і виховання дитини, психічних травм тощо).

Великого значення надають темпові і масивності виявлення кризової симптоматики, тривалості цього терміну. Залежно від цього різні дослідники визначали прискорення чи акселерацію, сповільнене дозрівання або ретардацію, стверджували про “розтягування” пубертату, “продовження соціального дитинства”,

“прискорення визрівання при психічній незрілості”. Звертає на себе увагу те, що при патологічному протіканні пубертату, в найважливіший період для формування адаптаційних можливостей, підсилюється ризик антисоціальної поведінки, в результаті чого виникає соціальна дезадаптація підлітків. У цей період можуть починатися або загострюватися хронічні психічні захворювання (шизофренія, епілепсія, психопатія та ін.). Порушення темпу статевого дозрівання і закріплення набутих відхилень характеру дитини можуть стати джерелом своєрідного патологічного формування особистості.

При проведенні експертного обстеження підлітків треба обов'язково враховувати вплив віку на клінічну картину психічних захворювань. Перше враження про психічний стан підлітка може виявитися хибним не тільки через особливості формування у цьому віці психічних захворювань, а й через небажання чи невміння сповістити про свою хворобу, послідовно захищати себе, часту браваду та схильність до вигадування, тенденцію до психологічної інтерпретації всіх своїх безглузких вчинків, можливість корегування своєї поведінки і висловлювання під час бесіди з офіційними особами тощо. Тому для обґрунтованого експертного висновку необхідне отримання об'єктивних відомостей про підлітка, перенесені ним у дитинстві захворювання і травми, факти його неправильної поведінки в минулому, динаміку його стану до періоду обстеження. Наведені дані свідчать про більшу цінність стаціонарного, а не амбулаторного обстеження підлітка, а також про необхідність ретельного збирання матеріалів кримінальної справи. Специфіку експертизи неповнолітніх певною мірою регламентують і деякі загальні закономірності становлення клінічних ознак психічних захворювань у підлітків.

Для клінічної картини основних патологічних проявів психічних захворювань у підлітковому віці однією з головних особливостей є переважання характерних для цього віку своєрідних синдромальних характеристик та їх поєднань, афективні порушення, акцентовані прояви психологічної кризи дозрівання, вікові прояви реакції протесту, імітації, відмови, розлади поведінки і часто виразна педагогічна занедбаність. Водночас симптоматика, що властива тій чи іншій нозологічній формі, як правило, має клінічно неокреслений, психопатологічно незавершений характер. У результаті клінічна картина виявляється поліморфною і нозологічно нейтральною. Крім цього, виразні порушення поведінки можуть повністю вуалювати психічні розлади (т. зв. “поведінкові маски”). Все це підтверджує вислів П. В. Ганушкіна, що психопатологія в підлітковому віці – одна з найскладніших проблем.

Правильне уявлення про клініку конкретних нозологічних форм можливе лише при вивченні тих синдромальних характеристик, які переважають у підлітковому віці і можуть спостерігатися в межах будь-якого патологічного стану, тобто є ізоморфними. В пубертатний період найбільш універсальний – це психопатоподібний синдром, що зустрічається в кожному психопатологічному стані та нерідко займає в клінічній картині головне місце. Залежно від захворювання, при якому він спостерігається, цей синдром має свої відмінності.

Однією з найхарактерніших особливостей психічних порушень у підлітковому віці є наявність у клінічній картині симптомів психічної незрілості (інфантилізму). Синдром психічного інфантилізму займає особливе місце не тільки тому, що трапляється часто. Він значною мірою визначає особливості клінічної картини, характер і мотивацію суспільно небезпечних дій, адаптаційні та критичні особливості, а тому може мати значення для експертної оцінки. При певних обставинах властива підлітковому віку психічна незрілість може набувати патологічних форм. Залежно від характеру причинних факторів інфантилізм виявляється в різні вікові терміни, що накладає свій відбиток на клінічну характеристику.

Розрізняють інфантилізм тотальний і парціальний; останній Г. Е. Сухарева визначила як дисгармонічний. Затримки розвитку можуть стосуватися тільки психічної сфери, але нерідко зачіпляють і соматичну (психофізичний інфантилізм). За походженням виокремлюють інфантилізм конституційний, органічний, ендокринний, соціокультурний. У тих випадках, коли психічна незрілість охоплює всі сфери психіки, а особливо інтелект (органічний інфантилізм), виникають великі труднощі його відмежування від олігофренії.

На етапі пубертатного кризу інтелектуальна незрілість органічного походження стає більш парціальною, поєднується з підсиленою в цей час психоорганічною симптоматикою, афективними коливаннями, віковими реакціями. Інтелектуальна незрілість виявляється в недостатній здатності до обмірковування, внутрішньої переробки подій, імпульсивності рішень без боротьби мотивів, нездатності до прогнозування своїх вчинків. Навіть при формульному розумінні карності тих чи інших дій та усвідомленні узаконених норм поведінки здатність критично оцінювати ситуацію та вчиняти відповідно до цього виявляється недостатньою. Незрілість вольових функцій із характерними явищами навіюваності підвищує ризик випадкових рішень, що продиктовані негайними бажаннями.

У період пубертатного кризу психічний інфантилізм виступає у двох формах: 1) як етап його вікової динаміки, якщо він виявляється з дитинства; 2) як “кризовий” варіант, коли є результатом асинхронного протікання пубертату. Остання форма характеризується довготривалим збереженням особливостей підліткової психіки; її структурі переважає гротескне загострення рис і тенденцій молодшого підліткового віку з опозиційністю і критицизмом, зниження здатності до соціально схвалюваної діяльності при виразній схильності до збагачення негативним досвідом, прагнення до ювенільного самоствердження, затримка у формуванні почуття відповідальності і критичної самооцінки. Цей варіант інфантилізму особливо тісно корелює з порушеннями поведінки й адаптації.

Серед форм інфантилізму, зумовленого соціально-психологічними факторами, відомі описи “інфантилізованого” характеру, “синдрому єдиної дитини”, в основі яких лежить неправильне виховання за типом “улюбленця сім’ї” та “гіперопіки”, а також явища “госпіталізму”, що виникають у підлітків в умовах депривації. При

цьому вимикають такі прояви незрілості, як несаможиттєвість, неорганізованість, недостатність практичних навичок та ініціативи, мала витривалість до психічних навантажень, збереження дитячого характеру інтересів, егоцентризм, недостатність соціальної зрілості й адаптованості. Окремі прояви психічної незрілості можуть виникати і при педагогічній занедбаності, однак тут вона не становить цілісного синдрому.

Знання клінічної форми інфантилізму є необхідним при вирішенні питання про відповідність рівня психічного розвитку паспортному віку – питання, яке нерідко ставиться перед судовими психіатрами за наявності у підлітка ознак затриманого розвитку. В цих випадках призначається комплексна психолого-психіатрична експертиза. При розробці показань до проведення такої експертизи потрібно враховувати, що самостійне судово-психіатричне значення можуть мати тільки такі форми інфантилізму, котрі практично вичерпують клінічну картину, коли або є невиразні, або відсутні інші прояви психічної аномальності. Однак у цих випадках, якщо психічна незрілість виражена настільки значно, що виключає осудність, призначення комплексної експертизи недоцільне. Отже, постановка питання про відповідність психічного розвитку підлітка його фактичному віку можлива лише за наявності таких форм затриманого розвитку, при яких інфантилізм виражений нерізно і не є наслідком психічного захворювання. Цим умовам повною мірою відповідають тільки соціокультурні форми інфантилізму.

Показниками глибини психічної незрілості є: затримка дозрівання в усіх сферах психіки; виражена навіюваність; слабкість інтелектуального та волевого контролю; схильність до наслідування; інфантильність вмотивування; відсутність боротьби мотивів при прийнятті рішення; порушення здатності до передбачення, прогнозування, критики; некорегована поведінка.

Синдром фантазування тісно пов'язаний із психічною незрілістю, нозологічно неспецифічний, неоднорідний за структурою, механізмами виникнення, клінічною та віковою динамікою, може займати нейтральне місце в клінічній картині або бути лише її окремим компонентом. Виникаючи, зазвичай, за механізмами психічного захисту, фантазування, нерідко має псевдокомпенсаторний характер, відображає прагнення підлітка до самоствердження, може виникати психогенно за механізмом “витіснення” важкої ситуації або без видимих причин, за механізмом “заміщення” реальної дійсності, до якої втрачено інтерес.

Необхідність вивчення фантазування пов'язана з існуванням його патологічних форм і з можливістю скоєння кримінальних дій під впливом вигадки. Незалежно від нозології патологічне фантазування при його несприятливій динаміці характеризується: поступовим звуженням діапазону фантазій і переходом їх від істеричних форм до шизоїдного полюсу, тобто тенденцією до поступового ускладнення фабули з усе більш відірваним від реальності змістом; появою артистичного фантазування з монотематичним або стереотипним змістом; зменшенням спонтанності виникнення фантазій; приєднанням візуалізації зорових

уявлень, галюцинацій уяви Дюпре та псевдогалюцинацій; можливістю трансформації в маячення уявлення; неправильним характером фантазування; появою стійких агресивних, садистських фантазій із надцінними ідеями вбивства; реалізацією вимислів у повторних кримінальних діях; наростанням змін особистості за шизофренічним або органічним типами. Найтяжчі форми з трансформацією в амнестичний синдром Кандинського-Клерамба спостерігається при шизофренії. На відміну від інших захворювань, фантазування у хворих на шизофренію дуже швидко стає патологічним.

У підлітковому віці психопатологічні синдроми, характерні для пубертатного періоду, нерідко зустрічаються в ізольованому вигляді. Відзначається частота їх поєднань (одночасних і послідовних), взаємозалежність; ця закономірність найбільш наочна при синдромі надцінних утворень.

Надцінні ідеї – це суб'єктивно значимі і надзвичайно афективно заряджені ствердження, судження або переживання, які займають надто велике місце у психіці індивіда і нерідко визначають його вчинки. На відміну від структури надцінних утворень у дорослих, в підлітковому віці відсутня чітко аргументована ідея, детальна розробка фабули, провідного значення набувають емоції. **В судово-психіатричній клініці** найчастіше зустрічаються: надцінні фантазування; прагнення до самоствердження; надцінні прихильності і ненависть; надцінні ідеї помсти в епілептоїдів і страх помсти у підлітків, що пережили реальні погрози; ідеї інших батьків і сирітства; надцінні захоплення; ідеї вбивства, дисморфофобії; ідеї неповноцінності і переоцінки своїх можливостей тощо. Важливими особливостями надцінних утворень у підлітковому віці є частота поєднань різних варіантів і виразна тенденція до їх реалізації (вбивства, повторні підпали, настирливі крадіжки і т. д.).

Гебоїдний синдром нерідко є теж одним з ізоморфних проявів психопатології пубертату, що визначає певні особливості судово-психіатричної експертизи. Він характеризується карикатурним загостренням і патологічним викривленням психологічних особливостей, які властиві підлітковому віку. Клінічно це виражається у розгальмованості або спотвореності потягів, ослабленні моральних установок, своєрідному емоційному притупленні зі зниженням вищих емоцій (співчутливість, співпереживання), появі холодності, жорстокості, садистичних нахилів, опозиційності, егоцентризму. Відзначається також прагнення до лідерства при втраті інтересу до продуктивної або суспільно корисної діяльності. Наслідком цього виявляється асоціальна спрямованість інтересів, підвищена криміногенність, жорстокість правопорушень. У структуру гебоїдного синдрому часто включаються надцінні утворення й аутистичні фантазування агресивного змісту, спонтанні розлади настрою, схильність до брутальних афективних реакцій. Цей синдром нерідко спостерігається і при резидуально-органічних станах. У вигляді неповного набору ознак він може бути при психопатіях, як пубертатний етап їх формування.

Характерним для підліткового віку є також синдром пубертатної астенії. Найбільш виразним він буває на висоті пубертатного кризу (14–15 років), але може

продовжуватися весь період кризи або перебігати хвилеподібно, за типом фаз. Синдром характеризується значним зниженням потягів, підвищеною виснажливістю, падінням інтелектуальної продуктивності, в'ялістю, подразливою слабкістю, головними болями та порушеннями сну. Підлітки в цей час виглядають і відчувають себе неповноцінними, придуркуватими. На цьому тлі часто під впливом незначних шкідливостей психогенного та соматогенного характеру можуть виникати картини окреслених астено-апатичних або астено-депресивних станів, які тяжко відрізнити від негативних змін за шизофренічним типом (подібно до т. зв. енергетичної зниженості при такому процесуальному захворюванні). Значення цього синдрому полягає й у тому, що на тлі астенії полегшується виникнення інших психопатологічних проявів, типових для віку.

Особливості поведінки в підлітковому віці потрібно аналізувати не тільки з точки зору труднощів утримання неповнолітніх, а й для правильної клінічної, діагностичної та експертної кваліфікації психічного стану загалом. Форми порушеної поведінки різні, але тісно залежать від ступеня та характеру психічної незрілості, типу викривлення психологічної кризи визрівання змісту провідного синдрому. Частота і масивність порушень поведінки зумовлює характерність для підліткового віку психопатоподібної клінічної картини. Іноді порушення поведінки втрачають психологічну зрозумілість, стають стійкими, гротескними, недоступними корекції та відображають значну психічну дезорганізацію. У таких випадках порушена поведінка може бути еквівалентом завуальованих психічних розладів.

Психічні захворювання, що розпочинаються в дитинстві, в період пубертатного кризи, обтяжуються та ускладнюються. В таких випадках говорять про т. зв. “пубертатні дезінтеграції”, “декомпенсації”, “несприятливу динаміку” тощо.

При асинхронному протіканні пубертатного періоду нерідко проявляються т. зв. психоендокринний синдром, який не завжди можливо відрізнити від психоорганічного і котрий характеризується проявом сомато-вегетативних порушень (юнацька гіпертонія, перехідна альбумінурія, паморочення, головокружіння, пароксизмальна тахікардія, сенестопатії, парестезії, відчуття нестачі повітря, розлади терморегуляції, підсилення апетиту, спрага та ін.), які потім минають.

Найчастіше психіатри-експерти спостерігають у клініці окремих нозологічних форм ранні резидуально-органічні стани, психопатії, олігофренію, шизофренію, реактивні стани, інфантилізм, епілепсію. В клінічній картині психічних захворювань у підлітків основне місце переважно займають емоціно-вольові, характерологічні, невротичні та поведінкові порушення, а симптоми, що властиві основному захворюванню, виявляються ніби затушованими. Психопатії (розлади особистості) та психопатоподібні стани, таким чином, в експертній практиці зустрічаються найчастіше. Їх основу становлять стійкі особистісні, характерологічні порушення, котрі формуються в дитинстві і закінчують своє формування в кінці пубертату. В зв'язку з тим, що клінічний тип психопатії з цієї пори тільки починає вимальовуватися, переважно говорять про “психопатичні риси”, “препсихотичні

стани”, “патологічне формування особистості”. Разом із тим нашарування психопатичних особливостей, котрі формуються як зміни психіки, що додаються пубертатом, формуються у виразні патологічні картини. При цьому сам пубертат протікає бурхливо та нерівномірно.

При психопатіях (розладах особистості), які формуються, відзначається також різноманіття характерологічних, невротичних і поведінкових реакцій, що спостерігаються в одного і того ж підлітка і ще не змінилися однотиповим способом реагування. В цьому віці спонтанні розлади настрою є рідкісними, клінічні прояви часто мозаїчні (в одного і того ж підлітка можуть поєднуватись якості істеричної, нестійкої та збудливої або психастенічної та шизоїдної особистості і т. д.).

У підлітковому віці переважають менш складні за структурою клінічні форми (найчастіше зустрічаються збудливі та істеричні особистості, далі йдуть нестійкі, астеники, рідше від інших – психастеники та шизоїди, практично відсутні паранойяльні психопатії та інші, що спостерігаються в дорослих).

Із поведінкових реакцій найхарактернішими є реакції протесту або опозиції, відмови, імітації. Реакції протесту можуть виявлятися в прагненні “робити все на зло” або “навпаки”, а також у формі агресії, суїцидальних спроб. Реакції відмови також різні (“втеча в себе”, відмова від підкорення, від мовного спілкування та інші; більш патологічні форми цих реакцій – тривалі відмови від їжі, мутизм, запори, блювання тощо). Глибина вказаних реакцій може бути різною. Реакції протесту частіше спостерігаються у збудливих осіб, імітації – в нестійких, відмови – у психастеніків та астеників. Під кінець пубертатну, крім реакцій, можуть спостерігатися спонтанні коливання настрою, декомпенсації і т. зв. “психопатичний цикл”, коли психопатичний підліток унаслідок своїх особистісних особливостей створює довкола себе важку ситуацію і реагує на неї по-психопатичному, що тягне за собою загострення психопатичних якостей, збільшення психопатичних реакцій, які поступово закріплюються і стають однотиповими для цієї особи.

Основою для визнання психопатичного підлітка неосудним є тільки такий ступінь виразності особистісних порушень, що виключає здатність підлітка розуміти свої дії та керувати ними. Показниками глибини психопатії є: 1) виразна психічна та соціальна незрілість (патологічна навіюваність, несформованість вищих вольових функцій, легкість включення в будь-яку аферу без усвідомлення та боротьби мотивів, невміння зіставляти свої вчинки з реальними обставинами тощо); 2) різко окреслена дисгармонійність психіки, поєднання навіюваності і впертості аж до негативістичних форм поведінки, черстве або навіть холодне ставлення до інших і легкість виникнення надцінного відношення до ущемлення своїх інтересів, часті сутички з оточуючими та невміння набувати досвід міжособистісних стосунків і т. д.); 3) некорегована поведінка; 4) тотальна неадаптованість; 5) недостатність критики; 6) схильність до частих декомпенсацій; 7) схильність до спонтанних ускладнень психопатичної симптоматики. Патологічний характер динамічних зсувів (часті важкі реакції, декомпенсації, поява елементів патологічного розвитку особистості та ін.)

також може бути основою для визнання психопатичного підлітка неосудним. Особлива динамічність стану підлітка з формуванням психопатій повинна враховуватися при повторних обстеженнях, які показують, що перший і наступний експертні висновки часто виявляються неідентичними.

Органічні ураження центральної нервової системи в дітей і підлітків можуть бути наслідком перенесених ще внутрішньоутробно або в дитинстві інфекційних захворювань (менінгіт, енцефаліт, сифіліс мозку, інші дитячі інфекції), черепно-мозкових травм, мозкового ревматизму. Пошкодження мозку, що розвивається, часто супроводжується загальною або частковою затримкою розвитку різного ступеня важкості. В практиці експертизи неповнолітніх найчастіше доводиться спостерігати психопатоподібні стани органічного походження, хоча наслідком органічних уражень можуть бути й церебрастенічні, неврозоподібні, епілептиформні розлади та явища недоумства.

При психопатоподібних станах органічний дефект проявляється у незначній затримці психофізичного розвитку, деякому зниженні пам'яті, уваги, моторному неспокої, емоційній збідненості, схильності до афективних або навіть імпульсивних реакцій, розладах потягів (дромоманія, піроманія, сексуальні збочення). Частими симптомами є стійкий енурез, головні болі, головокружіння, обмороки, схильність до судом, неможливість витримувати поїздки в транспорті, неврологічна симптоматика. Всі ці явища, зазвичай, мають тенденцію до згладжування з віком, а до періоду пубертату на перший план виступають характерологічні, психопатоподібні порушення, котрі, як і психопатії, можуть виступати різними клінічними варіантами. Однак найчастіше мова йде про підлітків із підвищеною збудливістю, нестійкістю або істеричними особливостями. Наявність органічної симптоматики, розладів потягів, більш грубі зміни в афективній сфері, велика мозаїчність клінічної картини дозволяє відрізнити ці стани від психопатій. Експертна оцінка психопатоподібних станів аналогічна такій, як при психопатіях, однак при цьому доводиться враховувати не тільки глибину особистісних характерологічних особливостей і порушень, а й важкість органічного дефекту.

Розпізнання шизофренії в підлітковому віці має дуже суттєве значення, оскільки констатація цього хронічного психічного захворювання (відповідно до ст. 19 ККУ) супроводжується екскульпацією. Труднощі в діагностиці шизофренії у підлітків пов'язані з тим, що в судово-психіатричній клініці переважно доводиться мати справу з в'ялоперебіжними психопатоподібними формами, котрі нерідко відрізняються великою подібністю до психопатій, що формуються. Іноді при першому знайомстві з такими хворими тільки безмотивний, імпульсивний характер правопорушення, відсутність адекватної реакції на скоєне або безглузда мотивація заставляють запідозрити шизофренію.

У період пубертату при шизофренії спостерігається підсилення патологічної замкненості, афективні реакції стають одноманітними та невідповідними до причин, що їх спонукали. В цей час виникають ідеї інших батьків, котрі легко

трансформуються в маячення. Схильність до безглузких абстрактних побудовань, пустого мудрування, впертий інтерес до питань світобудови, відірваність від реальності, схильність до повної і тривалої бездіяльності, приступи в'ялості і байдужості або наростання цих явищ, холодність і неприязність до батьків, малий внутрішній зв'язок переживань відрізняє психопатоподібну шизофренію у підлітків від психопатій.

Значними труднощами відрізняється й експертиза олігофреній. Із трьох, ступенів цього вродженого або рано набутого недоумства (ідіотія, імбецильність, дебільність) у практиці експертизи, як правило, зустрічається дебільність різних ступенів вираженості. Труднощі, що виникають при експертизі дебільних підлітків, зумовлені, з одного боку, схильністю таких осіб до обтяження свого стану в складній для них обстановці, до реакцій розгубленості, з іншого – до властивої їм тенденції до агравації. При судово-психіатричному кваліфікуванні цих станів необхідно приймати до уваги не тільки глибину інтелектуального дефекту, а й стан емоційно-вольової сфери, порушення мотивації вчинків, підвищену навіюваність, нездатність корегувати свої афективні прояви та поведінку, невміння орієнтуватись у конкретній ситуації, адаптуватися в ній, нецілеспрямованість вчинків. Стан критичної спроможності – найважливіший критерій глибини олігофреній. Навіюваність дебільних підлітків необхідно враховували при оцінці їх показань, зокрема, коли вони є важливими свідками у справі або потерпілими.

Стосовно всіх підлітків, визнаних неосудними, або щодо тих, які підпадають під дію ст. 84 ККУ, ст. 408 КПКУ, застосовуються заходи медичного характеру (направлення під нагляд районного психіатра, на лікування у психіатричну лікарню на загальних підставах або примусово, у підлітковій відділі психіатричних лікарень).

Особливе місце при експертизі неповнолітніх займають проблеми підліткового та юнацького алкоголізму, наркоманії, токсикоманії. Їх значення визначається передовсім тим, що кожний четвертий з обстежених підлітків скоює правопорушення в стані сп'яніння або через вживання наркотичних засобів. Ці ж негативні явища тісно пов'язані з проблемою розповсюдження СНІДу. Заслужує на особливу увагу і той факт, що в основі ранньої алкоголізації часто лежить патологічне підґрунтя, найчастіше у вигляді резидуально-органічної недостатності. Характерними особливостями таких форм є: швидка поява потягу до алкоголю, наркотичних речовин; масивна і часта алкоголізація або прийом наркотичних доз; рання поява амнестичних форм сп'яніння; відсутність інтелектуального та вольового контролю; надто швидкий темп формування алкоголізму (до 3-х років) та інших форм залежності, помітних змін особи, що в свою чергу підсилюють прояви хвороби, соціальну дезадаптацію і криміногенність поведінки. Крім цього, атиповість клінічної картини у підлітків, пов'язаної з переважанням початкових станів залежності, наявність патологічного ґрунту визначають особливості експертного підходу при призначенні примусового лікування на початкових стадіях.

При експертизі неповнолітніх виключне значення має вирішення питання про

осудність. У більшості випадків це питання вирішується за ступенем виразності психічних порушень. Якщо експертами констатується патологічний пубертатний криз (як відносно самостійний патологічний розлад або як ускладнення клініки в межах якої-небудь нозології), очевидно необхідно говорити про тимчасовий розлад психічної діяльності.

§ 13. Судово-психіатрична оцінка психічних розладів внаслідок алкоголізму, наркоманії та токсикоманії або психічних розладів і розладів поведінки, обумовлених вживанням психоактивних речовин (F-10–F-19).

Однією з найбільш частих і складних судово-психіатричних експертиз є експертизи осіб, що скоїли правопорушення в результаті зловживання алкоголем, наркотичними засобами та речовинами, які можуть спричинити токсикоманії. Так, наприклад, практично важливо знати: в стані звичайного алкогольного сп'яніння чи патологічного сп'яніння було скоєно правопорушення, бо, зрештою, це питання осудності чи неосудності відповідно.

Просте алкогольне сп'яніння (гостра інтоксикація – F-10). Цим поняттям користуються переважно судові психіатри для відокремлення звичайного сп'яніння від інших тимчасових розладів психічної діяльності, котра виникають на фоні дії алкоголю.

З досліджень фізіологічної дії алкоголю на центральну нервову систему відомо, що він пригнічує її спричиняє розлади основних нервових процесів умовно-рефлекторної діяльності людини – збудження та гальмування.

Динаміка і ступінь сп'яніння залежать від кількості вжитого алкоголю, загального стану організму та функціональних особливостей вищих структур головного мозку. Клінічні прояви ступенів сп'яніння певною мірою корелюють із вмістом алкоголю в крові. При легкому ступені цей вміст становить до 0,5–1,5, при середній – 1,5–2,5, при тяжкій – до 6 проміле.

Труднощі в оцінці психічного стану сп'янілого в момент скоєння злочину нерідко пов'язані з варіабельністю проявів звичайного алкогольного сп'яніння. Стрижневим моментом у відокремленні його від патологічного є встановлення характеру і ступеню порушення свідомості у сп'янілого під час скоєння правопорушення. Наслідком наркотизуючої дії алкоголю при звичайному сп'янінні є оглушеність свідомості, характерна звуженість уваги, недостатність усвідомлення та орієнтування в оточуючому, сповільненість та утруднення сприйняття, запам'ятовування та репродукції, мала продуктивність мислення і поверхневі асоціації. Оглушений стан свідомості не має чіткої визначеності обмежень, він наростає поступово і також поступово закінчується або переходить у сон. Деяка недостатність осмислення, сприйняття і запам'ятовування подій у жодному разі не свідчить про потьмарення свідомості; все це не позбавляє сп'янілого здатності усвідомлювати навколишнє й оцінювати свою поведінку та вчинки загалом. Навіть у тяжких, виражених ступенях алкогольного сп'яніння в особи зберігається певний

контакт із оточуючим середовищем, здійснюється контроль над своєю поведінкою.

Перелічені психічні порушення, зумовлені вживанням алкоголю, можуть відображатися на вчинках сп'янілих під час скоєння ними правопорушень. Насамперед психічні порушення відображаються в психічній невірноваженості, емоційній нестійкості, подразливості, швидкому переключень уявлень у рухові акти, спробах передчасної реалізації виниклих намірів і загальному психомоторному збудженні. Однак ці психічні розлади не можна розглядати ізольовано, загалом поза зв'язком з особою. Алкогольне сп'яніння виявляє схильності особи, приховані наміри, знижує можливості до спротиву здійсненню злочину. В свідомості хворого можуть легко з'являтися неочікувані, дивні думки, що негайно реалізуються в дії. В практиці експертизи спостерігаються стани звичайного алкогольного сп'яніння з істеричними явищами (фантазуванням, вигадками, самозвинуваченнями та ін.), елементами перебільшення, бешкетування, розпусності тощо. Відношення оточуючих завжди відбивається на поведінці і характері дій сп'янілих. Так, вони, нашттовхуючись на активну протидію з боку оточуючих, часто докорінно змінюють свою поведінку, намагаються виправдовуватись, уникнути відповідальності.

Таким чином, психічні зміни, що виникають в результаті дії алкоголю, відбиваються на вчинках сп'янілих і формуванні в них задуму, характеру виконання злочину. Разом з тим у стані звичайного алкогольного сп'яніння немає тієї сукупності ознак, які властиві присмерковому (сутінковому) розладу свідомості. Це свідчить, що психічні розлади при звичайному сп'янінні не можуть бути ототожені з психотичними розладами. В деяких випадках при скоєнні злочину в стані звичайного сп'яніння здатність особи розуміти свої дії і керувати ними лише послаблюється. Все це виключає звичайне алкогольне сп'яніння в законодавстві з тих психотичних розладів, які обумовлюють неосудність. У карне законодавство введено норму про те, що особа, котра скоїла злочин у стані сп'яніння, не звільняється від карної відповідальності (ст. 21 ККУ).

Більше того, при визначенні покарання скоєння злочину в стані сп'яніння визнається обставиною, що обтяжує карну відповідальність (п. 13 ст. 67 ККУ).

Патологічне сп'яніння (F-10.07). Роботами С. С. Корсакова, В. П. Сербського та інших відомих вчених, а також сучасними дослідженнями звичайному алкогольному сп'янінню було протиставлене за своєю клінічною сутністю сп'яніння патологічне, яке віднесене до гострих психотичних розладів із короткочасним перебігом. Патологічне сп'яніння прийнято розглядати тепер як присмеркове (сутінкове) потьмарення свідомості, що триває від кількох хвилин до кількох годин. Воно виникає на тлі алкогольної інтоксикації, якісно не має нічого спільного з клінічними проявами звичайного алкогольного сп'яніння.

Патологічне сп'яніння, як правило виникає в результаті прийому алкоголю та одночасної дії тимчасово послаблюючих організм шкідливих факторів. До них передовсім відносяться перевтома, перегрівання, астенізація після перенесених захворювань і т. д. Причинами, здатними викликати в деяких випадках патологічне

сп'яніння, але на які недостатньо звертають увагу, можуть бути тривога, непевність, очікувальна пересторога, боязкість суб'єкта. Патологічне сп'яніння виникає, наприклад, в осіб, що знаходяться у незвичній для них обстановці, серед незнайомих людей. Існує також деякий зв'язок між патологічним сп'янінням і порушенням сну (недосипання, безсонна ніч, переривання сну). Але нерідко патологічне сп'яніння може розвинутих і поза зв'язком із впливами на організм цих факторів. Колишні погляди, відповідно до яких патологічне сп'яніння виникає переважно в осіб з емоційною нестійкістю, у хворих на епілепсію, в осіб з органічним чи травматичним ураженням головного мозку, чітко не підтверджені клінічними дослідженнями.

Наявність хворобливого підґрунтя, нестійкість до алкоголю не створюють якої-небудь схильності до патологічного типу сп'яніння, не змінюють якісної сутності звичайного сп'яніння, а лише сприяють його обтяженню, надають деяку своєрідність й атиповість клінічним проявам звичайного алкогольного сп'яніння. Аналіз великої кількості випадків патологічного сп'яніння показує, що воно зазвичай трапляється в осіб, котрі є відносно здоровими в відношенні нервово-психічних відхилень. Мало підстав, як тепер вважається, є, аби вважати однією з причин виникнення патологічного сп'яніння кількість випитого алкоголю, зокрема, невеликих його доз. Патологічний характер сп'яніння не може обумовлюватися дозою випитого, а спричинений одночасною дією на організм багатьох негативних зовнішніх і внутрішніх факторів, що співпадають у часі дії. Патологічне сп'яніння, як правило, розвивається через деякий час після прийому алкоголю і незалежно від його кількості, протікає дуже короткочасно. Через свою швидкоплинність воно майже ніколи не буває предметом лікарського спостереження.

Лікарям-психіатрам, судово-психіатричним експертам клінічну картину патологічного сп'яніння доводиться відновлювати ретроспективно, на основі показань свідків, які містяться в матеріалах карних справ. Свідки, звичайно, показують, що сп'янілі раптом стали тривожними, розгубленими, відстороненими від реального світу, рухи їх були нечіткими, швидкими, висловлювання їх набули погрозливого характеру. Хворобливі пережиття, котрі раптово виникли, виявляються в секундних репліках, своєрідній напруженій манері себе тримати, нерідко в самих скоєних діях, що мають захисний характер.

Особа, котра знаходиться в патологічному сп'янінні, хворобливо сприймає оточуючу дійсність, зовнішнє середовище набуває для нього загрозливого характеру. Все це супроводжується розгубленістю, тривогою, страхом, які іноді досягають ступеню неусвідомленого жаху.

Звичайно, в осіб зберігається здатність здійснювати дуже складні цілеспрямовані дії, користуватися різними предметами, транспортом тощо. Водночас людина, котра знаходиться в стані зміненої свідомості, паталогічно дезорієнтована, не здатна до мовного спілкування з оточуючими її людьми. Вона завжди діє самотійно, ніякі спільні дії в таких станах не можливі. Мовна продукція при патологічному сп'янінні є надзвичайно бідною, а за її наявності завжди відображує

тематику хворобливих переживань. Особи в цьому стані не реагують ні на які зовнішні реальні подразники, не відповідають на задані питання, їх увагу нічим привернути не вдається. Найчастіше хворобливі переживання уривчасті, незрозумілі, нестійкі, але вони завжди є, якщо спостерігати за поведінкою суб'єктів у цьому стані. Особливості зовнішності, незвичайна, дивна манера себе поводити в цьому стані можуть свідчити про наявність галюцинаторно-маячних переживань. Це особливо наочно буває для свідків, які бачили суб'єкта до розвитку патологічного сп'яніння. Вчинки, що скоюються в стані патологічного сп'яніння, не є реакцією на якісь реальні мотиви й обставини, але разом з тим рідко являють собою хаотичні, безладні дії. В основі вчинків завжди лежать хворобливі імпульси, потяги, уявлення. Насильницькі дії мають для суб'єкта особливий, захисний характер, вони направлені, як правило, на відвертання уявної небезпеки.

При патологічному сп'янінні переважно мало зачепляються нервово-психічні регуляторні механізми автоматизованих навичок, рівноваги та дій з моторними процесами. Все це сприяє скоєнню надзвичайно точних, складних і швидких рухів, що спрямовані на реалізацію хворобливих намірів. Свідків надзвичайно вражає та стрімкість і спритність, з якою суб'єкт, який знаходиться в патологічному сп'янінні, скоює напад чи рятується від уявних переслідувачів втечею.

Закінчується патологічне сп'яніння найчастіше раптово, як і починається, іноді переходить у сон, після якого відзначається повна амнезія або смутний спогад про пережите.

Для діагностики патологічного сп'яніння більш цінним є не встановлення факту забування подій, а з'ясування, що збереглося в пам'яті суб'єкта, які хворобливі переживання він пам'ятає. Суттєве значення для діагностики патологічного сп'яніння має характер поведінки суб'єкта після скоєння правопорушення. Так, наприклад, особи, котра перебувають у звичайному алкогольному сп'янінні, при затриманні спричиняють спротив, нерідко вступають у конфлікт з працівниками міліції, дебоширять, обурюються тощо. Такого ніколи не трапляється з суб'єктами, які перенесли патологічне сп'яніння. Вони, навпаки, при затриманні виявляють неадекватно байдужість до того, що сталося, спостерігається невідповідна до обставин заспокоєність; в інших відбувається намагання пригадати щось, вони напружено, перелякано озирються навколо себе, здригаються при зверненні до них. Завжди спостерігається загальна фізична слабкість, різка стомлюваність.

Судово-психіатричною практикою виправдане клінічне розслідування двох різновидів патологічного сп'яніння: параноїдної (галюцинаторно-параноїдної) та епілептоїдної форм.

Для параноїдної (галюцинаторно-параноїдної форми патологічного алкогольного сп'яніння характерною є картина за типами присмеркового розладу свідомості, що виявляється в раптовому, без передвісників виникненні маячних переживань, втраті контакту з реальною дійсністю, психомоторному збудженні, афектах страху, гніву, безглузких, стереотипних та імпульсних рухових розрядах.

Галюцинаторно-маячні переживання, котрі виникають, як правило, мають для суб'єкта загрозливий, небезпечний для життя характер. Агресивні дії відрізняються великою руйнівною силою, раптовістю, жорстокістю.

Під впливом загрозливих галюцинацій суб'єкт може здійснювати складні та впорядковані дії. Вчиняючи відповідно до афектів, що переживаються, а також до хворобливих уявлень, він у деяких випадках вступає в контакт з оточуючими, ставить питання, попереджає про небезпеку, зовні скидаючись на правильно орієнтовану в зовнішньому середовищі людину. Однак характер заданих питань, поведінка і дія особи відображають спотворено сприйняту ситуацію, дійсність.

Відокремлення галюцинаторно-параноїдної форми патологічного сп'яніння від станів простого, звичайного алкогольного сп'яніння, іноді зовні схожих між собою, повинно базуватися не тільки на відсутності при останньому гострого раптового початку і закінчення психомоторного й афективного збудження, а й на інших ознаках, характерних для присмеркового розладу свідомості, що є основою патологічного сп'яніння (страх, гнів, автоматизована поведінка, рухові розряди, відрив від реальної ситуації, певна мовна продукція та ін.). Нерідко в стані звичайного алкогольного сп'яніння суб'єкти в момент агресії виголошують окремі слова, наприклад, "бандит", "шпигун" тощо або уривчасті фрази "ми в оточенні", "небезпечна гра" і т. д. Якщо оцінювати ізольовано, окремо від усієї клінічної картини простого сп'яніння, перелічені висловлювання можуть викликати припущення про наявність маячних переживань чи обманів сприйняття. Відмінністю цих проявів від мовної продукції при патологічному сп'янінні є тісний зв'язок їх виникнення з супутніми сп'янінню реальними психотравмуючими обставинами та переживаннями, поєднання зі звичайним п'яним збудженням використання сп'янілими погроз, брутальних, лайливих висловів у відповідь, наприклад, на затримання.

Патологічне сп'яніння епілептоїдної форми клінічно зводиться до присмеркового (сутінкового) потьмарення свідомості. Воно проявляється у раптовому виникненні явищ різкого рухового збудження, порушення і орієнтування та контакту з реальною дійсністю, появи підозрілості, озлоблення настороженості, афектів страху, гніву. Рухове збудження в таких випадках проявляється в надто інтенсивних, бездумних, хаотичних агресивних розрядах, які скоюються з неймовірною жорстокістю, злобністю, нерідко досягають характеру автоматизмів і стереотипних дій.

При епілептоїдній формі патологічного сп'яніння рухове збудження, агресивні дії обумовлені афектами страху, гніву. Вони відірвані від реальності, інтенсивність їх проявів не залежить від яких-небудь моментів існуючої обстановки. Особи, котрі перебувають у присмерковому стані свідомості, не тікають, а зі злобністю і люттю накидаються на уявних "ворогів". При скоєнні агресивних дій, як правило, відсутня мовна продукція, нерідко відзначається незрозуміле бурмотіння, іноді крик. Рухове збудження, агресивні дії при цій формі патологічного сп'яніння найчастіше

закінчуються переходом у стан фізичної розслабленості, малорухомості з подальшим сном і повною амнезією всього скоєного.

Відокремлення патологічного сп'яніння епілептоїдної форми від зовнішньо подібних варіантів інтенсивного звичайного алкогольного сп'яніння базується на визначенні симптомів, що характерні для сутінкового розладу свідомості (спотвореність сприйняття, наявність рухових автоматизмів, афектів жаху, неадекватної раптової агресії та ін.). Маючи подібні риси (інтенсивність, гострота збудження, схильність до моторних розрядів, руйнівних, невмотивованих жорстких дій тощо), рухове збудження при звичайному сп'янінні не вичерпує загальну клінічну картину. Його тривалість залежить від реальних обставин зовнішнього середовища, воно доступне зовнішньому впливу, тобто міняється від привхідних обставин. Якщо моторні розряди при простому сп'янінні інколи і видаються одноманітними, однотиповими, однак вони ніколи не досягають ступеню автоматичних, стереотипних дій, властивих епілептоїдній формі патологічного сп'яніння.

Оскільки той чи інший експертний висновок про психічний стан досліджуваних у момент скоєння правопорушення будується ретроспективно, на аналізі матеріалів карних справ, то тут важливу роль відіграють повнота і якість показань свідків і всіх інших матеріалів справ. Вміло зібрані слідчим дані про психічний стан досліджуваного в момент правопорушення дають можливість експертам клінічно вірно оцінити цей стан і зробити відповідний висновок. Неякісні і неповні показання свідків утруднюють діагностику, створюють невпевненість в експертів, затягують у багатьох випадках проведення експертизи. Тільки повно зібраний судово-слідчими органами та добре підготовлений для судово-психіатричної експертизи матеріал забезпечує правильність діагнозу й експертних висновків.

Так як всі види короткочасних розладів психічної діяльності (патологічне сп'яніння, швидкоплинні алкогольні психози, патологічний просонковий стан, сутінкові розлади свідомості, спровоковані алкоголем та ін.) являють собою гострі, швидкоплинні психози, їм дається відповідна судово-психіатрична оцінка.

До осіб, які скоїли правопорушення в стані короткочасного розладу психічної діяльності і визнані неосудними, необхідно застосовувати заходи медичного характеру тільки тоді, коли для цього є відповідні показання (наприклад, якщо в особи відзначається тимчасове загострення властивих їй нейропсихічних аномалій тощо). В деяких випадках такі особи можуть бути направлені до районного психіатра за місцем проживання для динамічного спостереження. При виявленні в осіб, котрі перенесли патологічне сп'яніння, того чи іншого короткочасного розладу психічної діяльності, органічних змін центральної нервової системи, хронічного алкоголізму доцільним є проведення спеціального лікування в умовах психіатричної лікарні.

Хронічний алкоголізм (синдром залежності F-1x.2 – F-1x.30 та інші). Для судово-психіатричної експертизи може бути корисною запропонована Ц. П. Короленко та О. Г. Сироп'ятовим практична класифікація алкоголізму, яка розрізняє форми алкоголізму за психологічною та фізичною залежністю, що базується на

особливостях алкогольної мотивації.

За цією класифікацією до форм алкоголізму з психологічною залежністю віднесено:

- **альфа-алкоголізм**, коли алкоголь вживають для зняття напруги, пригніченого настрою, відволікання від конфліктної ситуації, позбавлення страху внаслідок алкогольної ейфорії. Особи, котрі страждають на цю форму алкоголізму, пасивні, з низькими фізіологічними можливостями, схильні до правопорушень у сімейній побутовій сфері;
- **ета-алкоголізм**, за якого вживання алкоголю проявляється зовні під виглядом наслідування алкогольних традицій. Будь-які розваги, відпочинок, ділові зустрічі завжди супроводжуються випивкою, яка слугує комунікативним фактором. Конструктивні форми поведінки у таких суб'єктів підміняються стереотипами. Нездатність відмовитися від запропонованої випивки відображає тенденцію до залежної поведінки;
- **йота-алкоголізм** є компенсаторною формою поведінки при психічних розладах для зняття фобій, психогенної імпотенції. Такі особи виявляють агресивність у сімейному колі стосовно близьких та оточення.

До форм із фізичною залежністю відносять:

- **гамма-алкоголізм** – це форма з частими втратами контролю і розвитком псевдозапоїв;
- **дельта-алкоголізм**, який характеризується неможливістю втриматися від постійного вживання алкоголю, регулярним прийомом індивідуально різних доз спиртного, які не спричиняють виразного сп'яніння. Типовими для таких суб'єктів є дорожньо-транспортні пригоди;
- **дзета-алкоголізм** – відрізняється не регулярним, але частим вживанням алкоголю з виразними ознаками алкогольного сп'яніння. Погіршення матеріального стану призводить таких осіб до лав бродяг і суб'єктів без місця постійного проживання;
- **епсілон-алкоголізм** характерний систематичним вживанням алкоголю у вигляді справжніх запоїв. При скоєнні такими суб'єктами правопорушень звертає на себе увагу немотивованість їх поведінки.

За останні роки алкоголізм поширився серед жінок і молоді. Особливістю зловживання психоактивними речовинами у цих верств населення є більш прискорений темп формування психічної та фізичної залежності, змін особистості, що супроводжується соціальною деградацією, більшою злякисністю клінічного перебігу, низькою курабельністю.

На відміну від етапу побутового пияцтва, який триває від 1–2 до 15 років, у розвитку хронічного алкоголізму можна відзначити три послідовні стадії, які характеризуються сукупністю чітко окреслених симптомів хвороби і є в основі найбільш практично поширених класифікацій алкоголізму.

Для початкової (компенсованої) або 1-ї стадії алкоголізму характерно зниження контролю над кількістю вжитого алкоголю, при підвищенні його переносимості (толерантності до алкоголю), зі зникненням захисного рвотного рефлексу і досягненням ейфоризуючого ефекту на все більших дозах. У картині сп'яніння поряд із загостренням властивих певній людині характерологічних особливостей з'являються нові риси: злобність, ревності, настирливість. У психічній сфері поза станом сп'яніння відмічається підвищена подразливість, прискіпленість, звуження кола інтересів і т. д. Перша стадія триває, як правило, в середньому 1–4 роки.

Для середньої (субкомпенсованої) або 2-ї стадії хронічного алкоголізму головною особливістю є постійний характер підвищеного потягу до алкоголю, поява синдрому похмілля (абстинентного синдрому). Для абстиненції характерна наявність вегетативно-неврологічних (тремтіння, вестибулярні розлади) і психічних (підозрілість, ідеї особливого відношення, тривожно-боязкий настрій, нестійкі обмани сприйняття) порушень. У стані похмілля зазвичай підсилюються властиві хронічним алкоголікам прискіпливість, злобність, схильність до конфліктів, є ознаки інтелектуального зниження і некритичності. В стані сп'яніння при середній стадії алкоголізму характерні розлади настрою, афективна невірноваженість, гнівливість, переоцінка переживань, пов'язаних з давніми конфліктами, параноїдна налаштованість. Все це сприяє скоєнню інколи безмотивних злочинів.

Тяжка (некомпенсована) або 3-я стадія хронічного алкоголізму відзначається різким зниженням толерантності до алкоголю, подовженням абстинентного періоду, появою запоїв. **Хронічна інтоксикація алкоголем** призводить до появи стійких сомато-неврологічних порушень різної виразності. Скоєння злочинів хворими на хронічний алкоголізм найчастіше пояснюється підвищеною підозрілістю, активізацією інстинктивних механізмів, нерідко появою швидкоплинних обманів сприйняття.

Помилками віднесення станів похмілля до психотичних явищ делірію сприяють ситуація утримання від алкоголю, соматичні, вегето-неврологічні симптоми, маячна налаштованість, моторна активність, напливи кошмарних сновидінь, окремі гіннагогічні обмани сприйняття. В подібних випадках треба пам'ятати, що для абортивного делірію характерні не тільки соматичні та вегетативно-неврологічні, а й специфічні психотичні розлади. Серед останніх завжди наявні зорові та слухові галюцинації, мінливість афекту, який легко змінюється, страх, ейфорія, цікавість і тривога. В похміллі ж афект є одноманітним. Принципове значення має встановлення при абортивному делірії зміни свідомості у вигляді легкого потьмарення з елементами неправильного орієнтування; цього не трапляється в картині похмільного синдрому.

В осіб, котрі страждають на алкоголізм, нерідко виникають ідеї ревності, які часто приймають хворобливий характер. Ревнівні уявлення підсилюються в стані сп'яніння, мають характер домінуючих ідей, що нерідко викликає диференційно-діагностичні утруднення. Переоцінка ревних уявлень та ідей може призвести до

невірних судово-психіатричних висновків. У зв'язку з частотою вчинених такими чоловіками правопорушень стосовно своїх дружин правильна клінічна оцінка ревливих висловлювань і відокремлення їх від маячних ідей ревнощів набувають особливо важливого значення в експертній практиці.

Судово-психіатрична оцінка хронічного алкоголізму. Не дивлячись на певні психічні зміни особистості, раніше їй властиві, що впливають на формування у страждаючих на хронічний алкоголізм умислу та характеру скоєння злочину, вони навіть у тяжкій стадії хвороби не позбавляються можливості розуміти свої дії і керувати ними. Виключенням можуть бути лише дуже рідкісні випадки, в яких хронічний алкоголізм внаслідок поєднання з виниклими атеросклеротичними і віковими змінами набуває характеру виразного алкогольного слабоумства.

З метою профілактики повторних правопорушень відповідно до ст. 96 ККУ експертні комісії повинні рекомендувати суду на термін відбування покарання застосування примусового протиалкогольного лікування особам, котрі страждають на алкоголізм до скоєння правопорушення і визнані неосудними. Застосування цієї статті повинно розповсюджуватися не тільки на осіб із виразними ознаками хронічного алкоголізму, а й на тих, у кого ще немає психічних змін. Виключенням є випадки, коли інше тяжке захворювання перешкоджає проведенню протиалкогольного лікування.

Алкогольний делірій (F-1x.4). Найбільш розповсюджений алкогольний психоз може виникати як у чоловіків, так і в жінок унаслідок метаалкогольної інтоксикації організму і більше відомий під назвою "біла гарячка".

Алкогольний делірій зазвичай розвивається після припинення зловживання алкоголем, в стані абстиненції або на висоті запою. В дні, що безпосередньо передують виникненню психозу, настрої стає подавленим, тривожним, спостерігається різке тремтіння рук, значна пітливість, головокружіння, слабкість. Сон стає тривожним, уривчастим. З'являються сновидіння погрозового змісту, з відчуттями пересування, провалювання, переслідування, нападу звірів; хворі зі страхом просинаються від задухи. Розвиткові делірію можуть передувати вертання, судомні припадки з розладом свідомості.

Початок делірію гострий, характеризується порушенням орієнтування в місці і часі, множинними, різноманітними, переважно зоровими галюцинаціями, ілюзіями, метушливим збудженням, афектами страху. При зорових і тактильних галюцинаціях хворі струшують з себе, як вони вважають, малих звірів, комах. Під впливом виразних погрозових галюцинацій такі особи тікають, ховаються, скоюють агресивні дії.

Маячні ідеї переслідування носять нестійкий характер, вони легко міняються відповідно до змісту галюцинацій. Хворі весь час знаходяться в стані рухового та мовного збудження.

При продовженні погіршення психотичного стану виникають симптоми тяжчих форм делірію – професійного, тремтливості (муситуючого). При подальшому

погіршанні з'являється оглушеність свідомості, яка може перейти в ступор, під час якого ймовірно настання смерті. Тривалість психозу – 3–5 днів, вихід з нього може бути критичним або літичним (поступовим).

У хворих на алкоголізм нерідко виникають абортівні варіанти делірію, що проявляються в порушеннях сну, тривозі, страху, появі галюцинацій вечорами. Продовжуються такі стани кілька годин. При продовженні зловживання алкоголем делірій може рецидивувати або трансформуватися в інші форми алкогольних психозів –галюцинози і маячні стани.

Типові деліріозні стани настільки виразні, що переживаються хворими як повна реальність. Хворі становлять значну небезпеку для самих себе та оточуючих. Осіб, котрі скоїли небезпечні дії в стані делірію і визнані неосудними, з метою запобігання повторення психотичних станів потрібно направляти на примусове лікування в психіатричні лікарні.

У практиці делірій нерідко виникає невдовзі після арешту з кримінальної справи. В таких випадках для експертів особливо важливим є встановлення часу початку делірію щодо періоду скоєного правопорушення. При проведенні експертизи осіб, які в минулому перенесли алкогольні психози, але притягуються до кримінальної відповідальності за не пов'язане з ними правопорушення, потрібно враховувати їх можливу тенденцію до навмисного, свідомого відтворення хворобливої симптоматики, що була в минулому, і віднесення її до часу скоєння злочину з метою уникнути відповідальності за нього. Звичайно, опис симптоматики делірію, який ніби-то мав місце під час скоєння правопорушення, носить клінічно неправдивий характер, розбігається з істинною психопатологічною симптоматикою, характерною для делірію. Тільки ретельне вивчення матеріалів справи, обережність при розпитуванні обстежуваного про його відчуття і переживання дозволяють розпізнати вмисне, свідоме зображення психотичного стану, що відрізняється від картини істинної хвороби. Крім цього, при дослідженні психічного стану обстежуваного потрібно враховувати відображення в матеріалах карної справи характеру поведінки в момент скоєння правопорушення, відповідність змісту описаної ним симптоматики. Щоби запобігти хибним експертним висновкам, необхідно точно встановлення початку хворобливого стану. Констатація цього стану повинна базуватися на співставленні матеріалів карної справи з суб'єктивними висловлюваннями досліджуваних.

У практиці експертизи нерідко виникають труднощі при відокремленні абортівних деліріозних станів на висоті сп'яніння від патологічного сп'яніння. Патогномонічним для абортівних деліріозних станів є наявність тривоги, страху, елементів ейфорії, дезорієнтованості в місці, часі; для соматичних станів – тремору, пітливості тощо. Поведінка хворих на алкогольний делірій зовні дуже характерна, вони поводять себе адекватно галюцинаціям: переживають, шукають захисту, допомоги у оточуючих, ховаються, нерідко скоюють напади та ін. За окремими висловлюваннями цих хворих можна судити про маячні ідеї, що тісно пов'язані з

галюцинаторними переживаннями. Такі хворі підлягають лікуванню в спеціальному наркологічному стаціонарі з відповідним наглядом за хворим.

Алкогольний галюциноз (F-1x.52). Основними його клінічними проявами що, зазвичай, починаються після алкогольних ексцесів, в перші 3–4 дні абстиненції, є збереженість свідомості, орієнтування в місці, часі, власній особі, наявність переважно слухових галюцинацій. Хворому причуваються голоси людей, які ніби-то говорять про нього, лають його, погрожують. Зміст голосів здебільшого неприємний. Вони, наприклад, говорять, що хворий – “мрець”, “негідник”, на якого чекають “тюрма”, “страта” та ін. Голоси або звертаються до нього, або обговорюють його долю між собою, часто вони сприймаються хворим як голоси знайомих, товаришів, рідних. Маячні ідеї носять інтерпретативний характер, зміст яких витікає з галюцинацій.

Іноді до слухових галюцинацій приєднуються швидкоплинні зорові обмани сприйняття, галюцинації загального відчуття. Зорові галюцинації виникають переважно в темноті або при закритих очах. У перші дні захворювання і на його висоті критичне ставлення до галюцинацій відсутнє. Перебуваючи під впливом галюцинаторних переживань і маячних ідей, хворі за наказом голосів скоюють правопорушення, роблять спроби самогубства. Деякі з них нерідко звертаються до органів міліції за допомогою, інші замикаються у себе вдома з метою захисту від уявних переслідувачів. Часті випадки, коли хворі злісно нападають на уявних ворогів. З часом голоси стають не такими погрозливими, хворі “зживаються” з ними. Поведінка таких осіб зовні стає більш упорядкованою, вони починають розуміти свої переживання, з’являється критичне, часткове переусвідомлення свого стану. Однак при ретельному спостереженні все ж можливо помітити, що хворі постійно сперечаються з голосами, їх увага безперервно фіксована на галюцинаторних пережиттях.

Перебіг захворювання в основному гострий, рідше підгострий, ще рідше – хронічний. Гострий алкогольний галюциноз триває від кількох днів до 2–3 місяців. Підгострий галюциноз триває до 1 року, хронічний – роками.

Вихід із гострого алкогольного галюцинозу найчастіше ліричний, психопатологічна симптоматика зникає в зворотному стосовно появлення порядку. Після зникнення психопатологічної симптоматики довгий час зберігається астения.

Затяжні алкогольні галюцинози або підгострі його варіанти найчастіше виникають услід за перенесеними раніше алкогольними деліріями. Затяжні алкогольні галюцинози можуть перебігати з включенням у структуру психозу різних депресивних явищ, з переважанням вербальних галюцинацій, маячних або парафренних розладів. У структурі алкогольного галюцинозу, який затягнувся, можлива наявність синдрому Кандинського-Клерамбо в формі маячення фізичного або психічного впливу. Особливістю хронічних алкогольних галюцинозів є ускладнення психопатологічної симптоматики, що переважно можна віднести за рахунок закономірностей розвитку основного хворобливого процесу. Хронічний

алкогольний галюциноз може протікати як з домінуванням вербальних галюцинацій при ясній свідомості, так і з включенням маячень синдрому Кандинського-Клерамбо і парафренних утворень.

У судово-психіатричній практиці частіше зустрічається гострий короткочасний алкогольний галюциноз. Його доводиться диференціювати передовсім від патологічного сп'яніння, а нерідко й від виражених варіантів простого алкогольного сп'яніння. Слухові галюцинації, маячні ідеї переслідування, страх, тривога, котрі протікають на тлі ясної свідомості, збереженого орієнтування, зовні упорядкованої поведінки, несумісні з клінікою патологічного сп'яніння, а, тим більше, станом звичайного алкогольного сп'яніння.

Необхідно пам'ятати, що як при делірії, так і при алкогольному галюцинозі можливе наступне навмисне цільове викладення досліджуваним на експертизі пережитих ним раніше хворобливих станів з метою уникнути відповідальності. Наявність алкогольного галюцинозу під час скоєння правопорушення виключає осудність. Осіб, які скоїли небезпечні дії в стані алкогольного галюцинозу і визнані неосудними, з метою профілактики психотичних станів та їх рецидивів потрібно рекомендувати направляти на тривале примусове лікування в психіатричні лікарні з подальшим, після припинення примусового лікування, направленням їх під нагляд районного психіатра. У випадках, коли алкогольний галюциноз набуває затяжного, хронічного, несприятливого перебігу, можливо застосування статей 19, 84 ККУ.

Алкогольний параноїд (F 1x.51) раніше розглядався як окремий симптомокомплекс серед різних алкогольних психозів (Е. Крепелін, Е. Блейлер, Е. Маєр та ін.). Уперше як самостійну форму алкогольного психозу його виокремив та описав І. В. Стрільчук у 1949 р. В судово-психіатричній практиці найчастіше доводиться зустрічатися з гострими і затяжними алкогольними параноїдами, що протікають із маяченням переслідування, ревнощів, отруєння тощо.

Як правило, розвиткові гострого алкогольного параноїду передують слабкість, тривога, руховий неспокій. Надалі з'являються афекти страху, тривоги, уривчасті маячні ідеї переслідування, особливого значення, фізичного впливу. Характерним є поступове наростання рухового збудження, наступне скоєння імпульсивних вчинків. Особливістю гострого алкогольного параноїду є скоєння хворими під час найбільшої інтенсивності хворобливих проявів тяжких суспільно небезпечних дій проти особи.

Для протрагованих варіантів алкогольного параноїду характерні в клінічній картині чуттєво виразні маячні ідеї переслідування, ревнощів, фізичного впливу, зорових і слухових обманів сприйняття. Поява в структурі психозу маячних ідей ревнощів, галюцинаторних розладів визначає велику соціальну небезпечність таких хворих. Можливі також і короткочасні ілюзорно-галюцинаторні переживання переважно еротичного змісту. Хворі чоловіки, наприклад, говорять про уявну невірність жінок і замурують двері. Нерідко неправильна поведінка хворих виявляється в написанні ними безглузких заяв до різних громадських організацій та органів міліції. Маячні ідеї ревнощів переважно конкретні, відрізняються вузькістю

змісту, крайньою абсурдністю, мають тенденцію до розширення кола уявних коханців, спільників і преслідувачів. До маячних ідей ревнощів приєднуються маячні ідеї переслідування. Так, хворому чоловікові починає здаватися, що “коханці” дружини слідкують за ним, при зустрічі багатозначно всміхаються, подають один одному знаки. Такі хворі нерідко скоюють акти брутального насильства над жінками, наносять травми уявним коханням. Перебіг цього варіанту алкогольного параноїду зазвичай довготривалий, протягом багатьох років.

У судово-психіатричній практиці часто виникають певні утруднення при відокремленні т. зв. психологічно зрозумілих ідей ревнощів, характерних для алкоголізму, від маячення ревнощів, специфічного для алкогольного параноїду. Маячні ідеї ревнощів завжди супроводжуються виразними афектами страху, тривоги, протікають з маячними ідеями відношення, переслідування. Такі ідеї займають провідне місце в комплексі тісно пов'язаних між собою інших психотичних переживань, що відбуваються на напружено афективному фоні і не піддаються корекції. Тому хворі, котрі мають маячні ідеї ревнощів, визнаються неосудними; вони потребують довготривалого примусового лікування, причому в деяких випадках доцільно направлення їх у спеціальні психіатричні лікарні.

Практика показує, що за частотою і тяжкістю скоєння суспільно небезпечних дій перше місце належить хворим алкогольними параноїдами. Небезпечність таких хворих визначається насамперед наявністю маячних ідей ревнощів, переслідування. Потрібно пам'ятати, що ці хворі залишаються потенційно небезпечними для оточуючих, передусім для жінок, дітей і родичів. Ці обставини необхідно враховувати при призначенні заходів медичного характеру, тому що хворі (зокрема, з рецидивуючим перебігом алкогольного параноїду) потребують довготривалого примусового лікування в психіатричних лікарнях спеціального типу, незалежно від тяжкості скоєного. Крім цього, навіть не дивлячись на ретельно проведене лікування, виписка із лікарень такого роду хворих без урахування мікросоціальних умов може призвести до рецидиву алкоголізму, який в свою чергу спровокує рецидив алкогольного параноїду. Через те при зміні виду примусового лікування потрібно суворо дотримуватися поступовості і ступінчастості, при переведенні хворого в психіатричну лікарню загального типу проводити йому там протиалкогольне лікування з активною трудовою терапією.

Осіб, у котрих алкогольний параноїд виник після правопорушення, потрібно направляти в психіатричні лікарні до виходу з психотичного стану з наступним поверненням у розпорядження слідчих органів або суду. У випадках, коли алкогольні параноїди набувають затяжного перебігу, можливо застосування статей 19, 84 ККУ.

При експертизі осіб, які в минулому перенесли гострі алкогольні параноїди і притягувалися до кримінальної відповідальності, потрібно враховувати їх можливе зацікавлення у свідомому, цілеспрямованому відтворенні психотичних симптомів, пережитих раніше (метасимуляція).

Дипсоманія (запій) – це дуже рідкісне захворювання, якщо мати на увазі істинну дипсоманію у власному розумінні. Істинна дипсоманія проявляється в періодичних приступах нездоланного болісного потягу до алкоголю. Початкові дипсоманії, зазвичай, ще задовго передують тяжкі дисфоричні стани, безмотивна подразливість, нудь, тривалі розлади сну. Передвісниками приступу, який наближається, нерідко спостерігаються безпідставний страх, тривога, параноїдна налаштованість, нюхові галюцинації у вигляді запаху алкоголю.

Під час приступу, що триває кілька днів, хворі, не дивлячись ні на які перешкоди, споживають спиртні напої в дуже великій кількості, вживають сурогати алкоголю. В цей час вони нічого не їдять, апетит повністю відсутній; такі особи справляють враження фізично тяжко хворих. Обличчя в них гіперемійоване, здуте, язик обкладений. Сон частіше поверхневий, супроводжується кошмарними сновидіннями, можливі епізодичні галюцинації. Напади дипсоманії переважно закінчуються раптово, в деяких випадках завершуються делірієм.

Із припиненням приступу поступово загальний стан хворого покращується, з'являється відраза до алкоголю, відзначається амнезія на окремі періоди запою. З роками у таких хворих світлі проміжки між приступами запою скорочуються, а тривалість запійних нападів, навпаки, збільшується. В таких випадках запій може переходити в хронічний алкоголізм; у багатьох хворих спостерігається сприятливий перебіг і ще рідше – видужання.

Діагностика істинної дипсоманії становить певні труднощі. Її необхідно відмежовувати від псевдодипсоманії (неправдивого запою), що нерідко трапляється при тяжких формах хронічного алкоголізму. Істинні дипсоманії завжди починаються раптово, поза яким-небудь зв'язком із зовнішніми психогенними обставинами, на противагу неістинному запою при хронічному алкоголізмі, виникнення якого завжди зумовлене реальними обставинами і є по суті обтяженням звичайного алкоголізму. Під час запою хворий дипсоманією неосудний. Поза приступами дипсоманії особи, котрі страждають на неї, можуть розуміти свої дії і керувати ними, а, отже, є осудними.

Стан осіб, що страждають на хронічний алкоголізм з психогенно-ситуаційно обумовленими запойними станами, не може бути прирівняний до тимчасових розладів психіки і тому такі особи несуть повну відповідальність за вчинене.

Наркоманії характеризуються хворобливим звиканням, пристрастю і неконтрольованим потягом до наркотичних засобів. Найбільш розповсюдженими з наркотичних засобів, які вживаються наркоманами, є опійні препарати.

Обов'язковими для наркоманії, хоч і не вичерпними, є такі прояви захворювання, як психічна і фізична залежність від наркотику та збільшення доз препарату, що приймається.

Психічна залежність характеризується хворобливою потребою в повторному прийомі наркотику й активними діями, спрямованими на його придбання. Одним із найважливіших компонентів психічної залежності, особливо на початкових етапах

захворювання, є намагання особи, котра страждає на наркоманію, викликати в себе наркотичне сп'яніння – стан із підвищеним настроєм, суб'єктивним відчуттям легкості, відстороненості від зовнішнього світу й іншими проявами. З прогресуванням захворювання психічна залежність від наркотику поглиблюється і вже не може бути поясненою тільки прагненням наркотичного сп'яніння. Зі зростанням змін особистості, сутності її деградації всі помисли хворого стають зосередженими на одній меті: придбати і прийняти наркотики. Психічна залежність від наркотику є найстійкішим симптомом захворювання і зберігається в прихованій формі навіть після припинення вживання наркотику.

Фізична залежність від наркотику при розвитку захворювання виникає пізніше, ніж психічна залежність, і проявляється лише на фоні довготривалого щоденного прийому значних доз наркотику. В основі фізичної залежності абстинентний синдром – комплекс укрив тяжких для хворого сомато-неврологічних розладів, які виникають після припинення вживання наркотичних засобів або зменшення їх доз. Через це хворий ніби примушений безперервно продовжувати прийом певних доз наркотику з метою запобігти виникненню болісних абстинентних явищ. При прогресуванні захворювання тяжкість абстинентних станів зростає, що зумовлює поглиблення фізичної залежності від наркотику. При тяжких абстиненціях можливий розвиток гострих психотичних станів із потьмаренням свідомості, маяченням, галюцинаціями чи виникненням судомних випадків.

Підвищення доз наркотичних засобів тісно пов'язано з проявами психічної та фізичної залежності від наркотику. З початком і наступним перебігом захворювання, не дивлячись на прийом тих же доз наркотичного засобу, що й раніше, вираженість наркотичного сп'яніння зменшується. Добиваючись потрібного ефекту сп'яніння, хворий змушений поступово збільшувати дози наркотику, чому сприяє зростаюча фізична переносимість препарату (підвищення толерантності). Нерідко кількість наркотиків, які приймаються хворим, при тяжких стадіях захворювання в десятки разів перевищують фізіологічно можливі для здорових людей дози препарату.

Наркоманії характеризуються великою важкістю несприятливих наслідків захворювання – як соматичних (стосуються фізичного стану), так і соціальних. При медичному обстеженні наркоманів із тяжкими стадіями хвороби виявляються: падіння ваги тіла, жовтушність і сухість шкіри, глибокі розлади діяльності печінки, травного апарату, серцево-судинної системи, ендокринних органів та інші порушення.

Особи, котрі страждають на наркоманію, завдають великої шкоди не тільки собі, а й оточуючим людям, суспільству загалом. Знижена працездатність нерідко робить їх паразитуючими, а зміни особистості і неправильна поведінка завдає непоправної шкоди моральній атмосфері в сім'ї. Такі особи при спробах прибати наркотики легко можуть скоювати кримінальні дії. Велику небезпеку становить і їх намагання залучати до зловживання наркотиками навколишніх, зокрема, молодих людей. Пристрасть до наркотичних засобів виникає, зазвичай, в аномальних

особистостей – невірноважених за характером, нестійких і вразливих, таких, що піддаються зовнішнім впливам, не мають твердих і стійких інтересів, намагаються чимось ”виділитися” зі свого оточення. Рідше наркоманія розвивається в осіб з нормальною врівноваженою психікою, однак і в цих випадках існують які-небудь спричинені обставини, наприклад, довготривалий, попередній розвиткові захворювання прийом наркотичних препаратів при соматичних захворюваннях з метою зменшення больових відчуттів.

Випадки правопорушень, пов’язаних з гострою і хронічною інтоксикацією наркотиками, зустрічаються відносно рідко. Особи, котрі зловживають наркотиками, як правило, визнаються осудними. В окремих випадках наркоманій все ж може бути прийняте рішення про неосудність; це відноситься до правопорушень, що були скоєні в гострому психотичному стані. Наявність особливо глибоких змін особистості теж може бути основою для визнання правопорушника неосудним.

Опійні (опіатні) наркоманії (наркоманії морфійного типу) – психічні розлади і розлади поведінки внаслідок вживання опіоїдів (F-11). Вони виникають унаслідок вживання опію та його препаратів (омнопон, пантопон, перегорік, лауданон, пектол, опіонон), окремих алкалоїдів, які входять у склад опію (морфін, героїн, кодеїн, табаїн, діонін, папаверін, наркотен, лауданін та ін. – усього біля 20), а також синтетичних похідних із морфіноподібною дією (фенадон, промедол тощо).

Опійні препарати вводяться особами, котрі зловживають ними, перорально, підшкірно, інтравенозно або шляхом куріння. Особливе значення має широке розповсюдження опійних препаратів у медичній практиці, завдяки їх виразній знеболюючій дії.

Дія опійних препаратів на людину характеризується різко вираженою ейфорією, внаслідок чого психічна залежність від препарату формується дуже короткий термін і відзначається різкою виразністю. При розвитку наркоманії кількість препарату, що вживається, швидко зростає і в окремих випадках досягає 0,5–1, чистого морфію на прийом – смертельних доз для осіб, які не вживають наркотики.

У динаміці становлення наркоманії внаслідок зловживання опіатами умовно можна розрізнити 3 стадії, характерні для механізму розвитку наркоманій: 1) початкову – адаптації (зміна реактивності організму і поява психічної залежності); 2) хронічну – завершення формування фізичної залежності (абстиненція – виникнення в ряді випадків психозу, полінаркоманії); 3) пізню – виснаження всіх систем організму (зниження толерантності; загальної реактивності, психічної, соматогенної, неврологічної; затяжна тяжка абстиненція, слабоумство).

Абстинентні стани, що виникають при зниженні доз чи припиненні вживання наркотику, зазвичай протікають дуже тяжко. Підвищується температура тіла, виражені недомогання, безсоння, тошнота, блювання, вкрай тяжкі м’язево-суглобові болі. Хворі в стані опійної (морфійної) абстиненції бувають непосидливими, подразливими, переживають надзвичайно інтенсивний потяг до наркотику і всіма засобами намагаються дістати його, нерідко вчиняють злочини.

При тяжких станах абстиненції виникає падіння серцево-судинної діяльності з розвитком колапсів. Можливі також астматичні приступи, судомні посіпування кінцівок або різке психомоторне збудження. Психози в стані абстиненції в осіб, які зловживають опіатами, дуже рідкісні та за клінічними ознаками є тимчасовими деліріозними станами.

Зміни особистості при опійних наркоманіях, зазвичай, помітно виражені. Спочатку виявляються астеничні, депресивні розлади, збудливість, істеричні реакції. В подальшому на перший план виступають падіння активності, звуження кола інтересів, емоційне загрубіння, морально-етичне зниження, стійкі порушення фізичного стану.

У судово-психіатричній практиці особи, які зловживають опіатами, в переважній більшості випадків визнаються осудними. Виключення становлять хворі, котрі скоїли правопорушення в психотичному стані.

Велика кількість справ у судово-слідчому провадженні – це випадки незаконного транспортування, зберігання і вживання наркотичних засобів, що є рослинною сировиною для саморобних, кустарно виготовлених опійних препаратів (просякнених соком макових головок тканевих тампонів, макової соломки тощо). Виготовлену з цієї поширеної сировини шляхом нескладних технологічних перетворень т. зв. “ширку”, як правило, вживають інтравенозно групою, часто навіть одним шприцем. Цим самим наркомани сприяють поширенню такої небезпечної хвороби як СНІД, а також гепатитів, інших тяжких інфекційних хвороб, що передаються через кров. Навіть використання окремих шприців, при колективному використанні однієї спільної ємкості з виготовленою кустарно наркотичною речовиною не запобігає цим небезпечним для самих вживаючих і для суспільства в цілому наслідкам.

Гашишеманія, гашишизм (психічні розлади і розлади поведінки внаслідок вживання каннабіоїдів) це зловживання гашишем (синоніми: маріхуана, анаша, план, банг, хусус, харас, дагга). Він видобувається з листя і стеблинок індійської, чуйської, дикоростучої та інших видів коноплі, що ростуть в Америці, Середній Азії, а також в Україні.

Діючою речовиною є ароматичний канабіол, який міститься в екстракті коноплі. Залежно від складу коноплі, способу виготовлення, концентрації залежить ефект вживання.

Вживають наркотик по-різному – жують, курять з тютюном (сигарети “з планом”, через кальян), приймають всередину у вигляді напоїв, пігулок. За розповсюдженістю гашиш можна поставити на перше місце серед наркоманій, переважно через простоту вживання. Найчастіше ним починають користуватися підлітки, юнаки, дівчата, особи з девіаціями характеру із неблагополучних сімей: з цікавості, наслідування, потягу до самоствердження, бажання отримати задоволення чи відійти від буденної повсякденності. Як правило, починають курити в компаніях, де хтось вже випробував дію препарату, і їх поведінка стає еталоном для інших.

Гостра інтоксикація гашишем супроводжується не тільки зміною емоційного фону (піднятністю настрою, смішливістю), а й можливим виникненням психомоторного збудження з дуркуватістю, а також ілюзорними розладами. Спотворюється сприйняття як зорових, так і слухових образів. Навколишні предмети сприймаються різко спотвореними за формою і кольором, набувають чудернацького, фантастичного вигляду. Надзвичайно загострюється сприйняття звуків, іноді виникає відчуття нереальності того, що відбувається довкола, відчуженості від оточуючого світу.

У дорослих нерідко, а в дітей і підлітків дуже часто, навіть одноразове введення великих доз гашишу зумовлює гострі психотичні епізоди з переважанням виразних, сценopodobних зорових і слухових галюцинацій, хоча вони бувають легко зворотніми. При довготривалому зловживанні гашишем виникає виразна психічна залежність від препарату. Фізична залежність від наркотику виражена менше, абстинентні явища проявляються відносно нерізко і вичерпуються недомаганням, зниженням апетиту, загальним тремором, пітливістю.

У важчих випадках хронічної інтоксикації гашишем виникаються або розлади пам'яті чи інтелекту, або довготривалі психози з галюцинаторно-параноїдними станами, подібними за своєю клінічною картиною до шизофренії.

Судово-психіатрична оцінка правопорушень, які скоюють особи, котрі зловживають гашишем, здійснюється з тих же позицій, що й стосовного до інших видів наркоманій.

Інші види наркоманій (кокаїнізм, стимулятори ЦНС, ЛСД, галюциногени – F-14, F-15, F-16).

Кокаїнова наркоманія або кокаїнізм відомі з давнини. Наркотик отримують з листя коки – куша, який росте в Південній Америці. Останнім часом поширюється із Заходу.

Найпоширенішим є спосіб вдихання препарату через ніс, рідше препарат вводиться внутрішньовенно. Гостре отруєння характерне поблідінням, загальною слабкістю, неправильним пульсом, задишкою з можливим наступним падінням серцевої і дихальної діяльності; смерть може наступити від паралічу дихального центру. При зловживанні наркотиком швидко формується наркоманічний механізм із психічною та фізичною залежністю, вираженою і тяжкою абстиненцією.

Із клінічних особливостей початкової стадії кокаїнізму можна відзначити тимчасове натхнення, підвищення розумової діяльності, пожвавлення плину думок, асоціацій; часті графоманія, образи за недооцінку своєї особи, підвищена рухливість. Цей стан за кілька годин змінюється знесиленням, апатією, адинамією, можуть приєднуватися страх, галюцинації. Зі зростанням толерантності (іноді до 5–10 г) наростає психічна та фізична залежність, формується абстиненція. Через постійне розширення зіниць хворі гірше бачуть, слизові рота і носа пересихають. Абстиненція з планом часу все більше поглиблюється сомато-вегетативними та психічними симптомами. Різні неприємні відчуття в тілі, обмороки, тоскно-подавлений настрій,

страх, відчуття провалювання можуть штовхати наркоманів на суїцидальні вчинки з летальним завершенням.

Усі думки і почуття зосереджуються на здобутті наркотичного засобу, зблідвають вищі емоції, слабшає пам'ять, падає розумова діяльність, різко звужується коло інтересів. Особистість загрубає, наркоман стає егоцентричним, веде паразитичний спосіб існування, опиняється в середовищі антисоціальних елементів, потрапляє в ув'язнення та ін. У психічному стані можливі психотичні епізоди.

В осіб, котрі нюхають кокаїн, можливі прободіння носової перетинки, у тих, хто вводить препарат підшкірно або внутрішньовенно, часті абсцеси, пігментні плями, рубці, септичне зараження крові.

Потім на пізніх стадіях кокаїнізму всі ці явища різко обтяжуються, толерантність тримається на високих дозах, психічна залежність якби відходить на задній план, поглинаючись абстинентними явищами. Особливо занепадає соматична сфера, хворі страждають від виснаження з різким падінням серцевої діяльності і можуть померти від маразму. Летальний кінець можливий часто від паралічу дихального та судинного центру.

ЛСД, галюциногени – це діетіламід лізергінової кислоти, напівсинтетичне похідне ергоновіну, псилоцибін, що міститься в деяких, зокрема південноамериканських, грибах, а також мескалін. Останні дві речовини відомі своєю здатністю викликати особливі галюцинації, дереалізацію.

ЛСД та інші похідні лізергінової кислоти перебувають під міжнародним контролем у рамках Конвенції за контролем психотропних речовин з 1971 р. Ці речовини, не дивлячись на заборону, розповсюджені в країнах Західної Європи та США.

Розповсюджені серед здебільшого соціально нестійких, психічно неврівноважених осіб, ці препарати можуть викликати гострі отруєння, аж до спастичних паралічів і смерті від дисфункції дихального центру. Одним із найхарактерніших психічних феноменів при дії ЛСД є зміна реальності сприйняття простору та часу, особливо щодо оцінки і тривалості часових інтервалів. Дія залежить від індивідуального сприйняття, підсилюється при заплющених очах, під музику.

Ефекти ЛСД супроводжуються численними реакціями як симпатичної, так і парасимпатичної частин вегетативної нервової системи: зміною частоти серцевих скорочень, спазмами периферичних судин, ознобом, слинотечею, сльозовиділенням, перевтомою, судомами. Нерідкі психотичні епізоди, наростають зміни особистості, звужується коло інтересів, слабшає пам'ять, розвивається депресивний стан, деградація особи.

Стимулятори ЦНС – це фенамін, первітін, центедрін, бензедрін, ефедрін та інші препарати. Їх використовують для зменшення відчуття втоми, підвищення працездатності, покращання настрою. Звикання виникає швидко, розвивається пристрасть до препаратів, наростає толерантність, бажання збільшити дозу препарату

для того, щоби викликати ейфорію та боротися з депресією і втомою. Ефект проявляється у розвитку ейфорії з явищами бадьорості, бажанням працювати; при цьому прискорюються функції мислення. Прийом великих доз препарату може спричинити раптову смерть. В окремих випадках хронічного вживання фенаміну розвиваються психотичні розлади у вигляді маячення відносин, впливу, з наявністю зорових галюцинацій.

Токсикоманії (F-13, F-17, F-18, F-55) спричиняються хімічними, біологічними, рослинними або лікувальними речовинами. Вони зумовлюють явища звикання, залежності, але не визнаються наркотичними національним законодавством і міжнародними конвенціями.

Найбільшу кількість серед речовин, які викликають токсикоманію, становлять **психотропні засоби: транквілізатори** – седуксен, реланіум, сибазон, мепробамат, феназепам, валіум, лібріум та ін; **нейролептики** – аміназин, галоперідол; **антидепресанти й інші стимулятори ЦНС** – сиднокарб, сиднофен, ацефен та ін.; **снодійні засоби**, корі можна поділити на підгрупи (похідні барбітурової кислоти або барбітурати – барбаміл, барбітал, фенобарбітал, етамінал-натрій та ін.; **снодійні небарбітурового ряду** – еуноктин, радедорм, раладорм та ін.; **антипаркісонічні засоби, корректори** – циклодол, паркопан, ромпаркін, артан, рідінол та ін.; **антигістамінні засоби** – дімедрол, піпольфен та ін.; **аналгетики** – анальгін, амідопірин та ін. Зловживання такими речовинами, як кава (**кофеїнізм**), чай (**теїзм**), **паління тютюну** теж можна віднести до різновидів токсикоманії. Нині відомі поширені факти використання підлітками з метою отримання ейфорії побутових лаків, фарб, клеїв та інших речовин, що можна віднести до т. зв. **прекурсорів** (речовин, з яких після певної технологічної обробки можливо отримати засоби з наркотичним ефектом). Так, з ефедріну шляхом кустарної возгонки отримують наркотик “ефедрол”.

Звикання, пристрасть, в одних випадках, від вищеприведених речовин може виникати при навмисному намаганні отримати ефект підвищеного задоволення, комфорту; в інших випадках – при бажанні уникнути поганого самопочуття, дискомфорту. В обох випадках виникає потреба повторювати прийом препарату, що тягне за собою формування токсикоманії. Має значення нераціональна терапія такими засобами, неправильне самовиліковування при безсонні та різних несприятливих життєвих ситуаціях. Нерідко жертвами звикання стають психопатичні, невротизовані особи. Клінічна картина виниклих таким чином таксикоманій залежить від речовини, якою зловживають.

До транквілізаторів звикання може формуватися в процесі їх прийому, зокрема, коли не проводиться відповідний лікарський нагляд. Зростає толерантність, можливі абстинентні психози, епілептиформні прояви. Синдром фізичної залежності виявляється в неспокої, страхах, безсонні, пітливості, м'язовому тремтінні і посіпуваннях.

При зловживанні снотворними засобами психічна і фізична залежність фор-

мується дещо повільніше, ніж при опійній наркоманії, але прояви захворювання тим не менше дуже важкі і призводять на віддалених етапах токсикоманії до тяжких наслідків.

Наркотичне сп'яніння характеризується різкою в'ялістю, сонливістю, апатичним, часто бездумним виразом обличчя, монотонною та нечіткою (дизартричною) мовою. В абстиненції значно частіше, ніж при опіоманіях, трапляються гострі психози з маяченням переслідування, слуховими і зоровими галюцинаціями, нерідкі розгорнуті судомні припадки. У барбітуроманів з великим терміном захворювання виявляються грубі зміни особистості, які схожі на такі у хворих на епілептичну хворобу. Характерна схильність до бурхливих сполохів гніву, нерідко з агресивними вчинками щодо оточуючих. Мислення стає тугорухомим (торпідним), увага важко переходить з одного предмету на інший, виявляється зниження інтелекту.

При судово-психіатричній експертизі осіб, котрі зловживають снодійними засобами, враховується їх психічний стан у момент скоєння правопорушення і ступінь виразності змін особистості. Неосудність встановлюється лише в тих випадках, коли правопорушення було скоєно в психотичному стані або мають місце глибокі зміни особистості. Частіше все таки ці суб'єкти несуть відповідальність за скоєне правопорушення.

Антипаркінсонічні препарати (коректори ЦНС) широко застосовуються в невропатології, психіатрії при лікуванні екстрапірамідних розладів. Через свої ейфорізуючі, сп'яняючі та галюциногенні властивості циклодол, паркопан та інші подібні засоби стали розповсюджуватися як токсикоманічні.

Практично приймають такі засоби заради ейфорії та галюцинаторних переживань, в стадії звуженої свідомості буває відчуття польоту. Частіше циклодол починають приймати після зловживання іншими речовинами – гашишем, барбітуратами, алкоголем. Початкова фаза розвивається після прийому зазвичай 2–3-кратної звичайної терапевтичної дози, тобто 4–8 таблеток. Звикання відбувається швидко, протягом 1–1,5 місяця. Так само швидко формується афективний дефект; вже на 1-й стадії виявляється помітна зміна ЦНС, формується абстинентний синдром, міняється реактивність організму і толерантність, доза циклодолу може доходити до 30–40 таблеток у день.

Синдром психічної залежності найбільш виражений тяжкою абстиненцією, що протікає дуже тяжко, протягом 7–12 днів. Тремтять м'язи рук, потім тіла. Психічний дискомфорт супроводжується напруженим афектом, подразливістю, злобністю. При передозуванні можливі психози.

Зловживання антидаприсантами зумовлює фізичну залежність, виражену вегетативним симптомокомплексом. Симптомів підвищення толерантності і психічної залежності немає.

При вживанні великих доз кофеїну (в чифірі або каві) з'являється підвищений настрій, збудження, що тривають до кількох годин. При хронічному зловживанні

цими речовинами виникає токсикоманія. Відзначаються головокружіння, головні болі, безсоння, кошмарні сновидіння. Можуть бути посіпування окремих м'язів (ніг, язика), а також судомні напади. Характерні перебої в роботі серця, що супроводжуються тривогою, страхом. Мислення стає торпідним, застійним. У чоловіків спостерігається зниження потенції, хоч абстиненція в них виражена найменше.

Чифіризм (різновид теїзму) – вживання концентрованих розчинів чаю, основною діючою речовиною яких є алкалоїди кофеїну. Через 30–40 хвилин після прийому середньої дози чифіру настають виразні явища сп'яніння, що характеризуються припіднятим настроєм, полегшенням і прискоренням перебігу процесів мислення з одночасним збудженням. З'являється підвищена працездатність, щезає втома, асоціації та уявлення полегшуються. Думки більш приємного змісту, депресії рідкі. Картина звикання до чифіру індивідуальна і суб'єктивна. Порушується сон, відбувається тривале психомоторне збудження. У чифіроманів може відбуватися поступова зміна особистості за типом психопатизації з помітними коливаннями настрою, нетриманням афектів, звуженням кола інтересів і соціальною деградацією.

Полінаркоманії та політоксикоманії. Ускладнені наркоманії і токсикоманії, трансформація їх видів.

Полінаркоманія – це наркоманія з одночасним і поперемінним вживанням двох і більше наркотичних речовин. Вживання комбінації препаратів або речовин, не віднесених до наркотичних засобів, чи поєднання цих речовин і лікувальних засобів у певній комбінації або послідовності є політоксикоманією.

Якщо наркотичний засіб приймається в поєднанні з іншими речовинами і лікувальними засобами, що не визнані наркотичними, то ці випадки діагностуються як ускладнені наркоманії.

В усіх випадках алкоголізму, коли одночасно хворий приймає які-небудь наркотичні речовини, виставляється діагноз ускладненої наркоманії: “наркоманія, ускладнена алкоголізмом”. Те ж саме відноситься до випадків токсикоманії, коли хворий приймає лікувальні засоби, які не відносяться до наркотиків, і поєднують це з прийомом алкогольних напоїв. Ускладнені алкоголізмом наркоманія і токсикоманія визначають відповідну тактику стосовно таких осіб: більш жорсткий режим, ізоляція від зовнішнього світу з метою запобігання поступленню наркотиків або речовин, що є предметом зловживання.

З різних причин (неможливість дістати звичний наркотик, намагання досягнути “особливого” задоволення та ін.) наркомани переходять до вживання кількох наркотичних речовин. Приймання може бути послідовним і паралельним.

При полінаркоманії змінюється характер потягу, він стає компульсивним, абстиненція набуває тяжчого характеру, з'являються “мікстні” форми сп'яніння, швидше і глибше позначаються зміни особистості.

Ускладнена токсикоманія є найчастіше поєднанням вживання алкоголю з

прийомом снодійного засобу. Гостре отруєння такими речовинами може призвести до тяжкого барбітуратизму, ускладненої алкогольної інтоксикації, коматозного стану. Поступово ознаки барбітуратизму витісняють симптоми алкоголізму. Спостерігаються безпричинні зміни настрою, виражені репресії, що можуть призвести до самогубства. Поряд з дисфорією одним із ранніх симптомів є зниження пам'яті, інтелекту. При барбітурово-алкогольній ускладненій токсикоманії психотичні стани виявляються в більш ранні терміни, з подовженим перебігом деліріозних або гострих маячних станів.

Поєднання довготривалого вживання алкоголю і гашишу зустрічається досить рідко; може призвести до гострого (за деліріозним типом) чи хронічного (з шизофреноподібною картиною) психозу.

Досить частим є систематичне зловживання алкоголем, що співпадає з вживанням чифіру (теїзм) чи кофеїну (ускладнений алкоголізм або політоксикоманія).

Зустрічаються ускладнені наркоманії, при яких зловживання препаратами опію приєднуються до алкоголізму. В одних випадках це роблять, щоб пом'якшити явища абстиненції, в інших – щоби подавити патологічний потяг до алкоголю. Завжди перебіг наркоманії обтяжується. Абстиненція перебігає за типом опійного синдрому, з характерною “ломкою”, вегетативними симптомами; можуть бути депресії з суїцидами, деліріозні розлади свідомості, епілептиформні приступи.

Можливі трансформації наркоманії, в яких послідовно спостерігається зловживання гашишем, а потім опіатами й іншими наркотиками.

Зустрічається трансформація опійної наркоманії в токсикоманію снодійними засобами барбітурового ряду та інших. Опійно-барбітурова абстиненція продовжується триваліше, до 1,5–2 місяців, можливі гострі психози, великі епілептиформні судомні напади, зниження і випадіння пам'яті, виражені м'язево-суглобові та спинальні болі, різка деградація особи, що вказує на те, що трансформація наркоманії – якісно інший стан, коли симптоми мононаркоманії не просто складаються, а й набувають нових ознак.

Судово-психіатрична оцінка алкоголізму, наркоманій і токсикоманій. Основні відомості з судово-експертної оцінки стану осудності і неосудності наведені вище. Треба зазначити, що проведення усіх видів судово-психіатричної експертизи цих патологій може відбуватися з залученням спеціально підготовлених спеціалістів, психіатрів-наркологів за відповідною постановою судово-слідчих органів.

Експертиза дієздатності осіб, котрі страждають на алкоголізм, наркоманів, токсикоманів, у цивільних справах становить певні труднощі.

Хронічний алкоголізм спричиняє шкоду не тільки психічному та фізичному здоров'ю людини, а й зумовлює певні соціальні ускладнення (це ж стосується наркоманів і токсикоманів). Як правило, житлові, шлюбно-сімейні та майнові справи стосуються вище означених осіб і членів їх родин. У випадках, коли до таких осіб вже застосовувалися не раз заходи громадського впливу, які не дали позитивних результатів, цивільне законодавство допускає можливість обмеження їх дієздатності

(ст. 36 ЦКУ). У зв'язку з цим на основі ухвали суду обмежено дієздатним призначається піклувальник, без згоди котрого вони не можуть самостійно здійснювати які-небудь майнові угоди (ст. 36 ЦКУ, ст. 241 ЦПКУ).

Крім обмеження дієздатності щодо зловживаючих осіб можуть бути застосовані такі заходи, як вирішення питання про виселення, позбавлення батьківських прав (ст. 164 Сімейного кодексу України).

Призначений піклувальник слідкує не тільки за витратами обмеженодієздатного, а й за проведенням йому відповідного лікування. При злосному ухиленні таких осіб від лікування питання про примусове лікування розглядається районним (міським) судом у відкритому засіданні при наявності медичного висновку за клопотанням громадських організацій, трудових колективів, державних установ, а також членів сім'ї або близьких родичів.

Питання, що пов'язані з обмеженням дієздатності, вирішуються в індивідуальному порядку, з урахуванням особливостей поведінки, психічного стану, деградації.

У судово-психіатричній практиці нерідко виникає питання про те, чи знаходився хворий на алкоголізм, наркоманію чи токсикоманію в момент скоєння ним цивільного акту в передпсихотичному, психотичному або постпсихотичному стані. Майнові та інші цивільно-правові угоди, укладені в стані алкогольного сп'яніння, мають силу. Різного роду угоди можуть відбуватися і в стані алкогольних психозів. Коли яку-небудь угоду укладено у психотичному стані, то особа, котра це вчинила, має бути визнана недієздатною, а угода недійсною.

При аналізі якої-небудь майнової угоди особи, що скоїла її в стані хронічного алкогольного психозу, необхідно враховувати характер, специфіку перебігу хвороби, ступінь виразності клінічної картини в момент угоди тощо.

§ 14. Реактивні стани (реакції на важкий стрес і розлади адаптації – F-44.00).

Реактивними або психогенними станами називаються тимчасові, такі, які минають, зворотні психічні розлади, що виникають як реакція у відповідь на вплив психогенної травми.

Реактивні стани складають дві основні підгрупи – неврози та реактивні (психогенні) психози, що часто є предметом розгляду в судовій психіатрії. Основною клінічною ознакою другої групи є продуктивна психотична симптоматика, яка відсутня при неврозах.

Неврози (невротичні, пов'язані зі стресом тасоматоформні розлади – F-40, F-48) – це такі форми реактивних станів, виникнення яких пов'язане не стільки з гострими психогенними травмами, скільки з довготривалими конфліктами. Усі види неврозів об'єднуються деякими загальними характерними ознаками. В розвитку неврозів велике значення мають особливості особи, котрі відображають слабкість вищої нервової діяльності і низьку межу фізіологічної витривалості стосовно різних

за своєю значимістю психогеній. Отже, виникнення неврозу залежить від типу вищої нервової діяльності і характеру ситуації, котра внаслідок індивідуальних особливостей особи виявляється для неї вибірково патогенною та невирішеною.

У практиці прийнято підрозділяти неврози на три основні форми: 1) істеричний невроз, 2) невроз настирливих станів, 3) неврастенія.

Серед неврозів у судово-психіатричній практиці частіше зустрічаються **істеричні**, клінічна картина яких надзвичайно різноманітна. Виокремлюють з певною часткою схематичності чотири основні групи істеричних розладів: 1) психічні розлади, 2) рухові розлади, 3) сенсорні порушення, розлади чутливості, 4) вегетативні порушення.

Психічні порушення характеризуються переважанням емоційних розладів – страхів, коливань настрою, станів подавленості і депресії, при цьому за зовнішньою виразістю, експресивністю, патетикою і театральністю часто приховуються поверхневі емоції. В деяких випадках реакція на травмуючу ситуацію виявляється в підсиленні фантазування. Зміст фантазій відображає прагнення до уникання невіддільної стресової ситуації.

Серед рухових розладів, з одного боку, – це істеричні напади, паралічі, парези, з іншого – гіперкінези.

Істеричні напади характеризуються виразністю, довготривалістю, супроводжуються сльозами, стогнанням, криками. Істеричні розлади рухової сфери, зазвичай, не залежать від інервації, а відповідають уявленням про анатомічне ділення кінцівок (“параліч” однієї руки, обох ніг або рук, усіх чотирьох кінцівок). Істеричні контрактури відзначаються в м’язах кінцівок, іноді в м’язах шиї, тулуба. Нерідко трапляються явища астазії-абазії (відмова ходити при повній збереженості опорно-рухового апарату). Іноді при тривалих паралічах відбуваються вторинні м’язові атрофії. При істеричному паралічі голосових зв’язок проявляється істерична афонія (втрата гучності голосу). При істеричному мутизмі зберігається здатність до письмової мови і не порушуються рухи язиком, тому хворі іноді видають незрозумілі звуки. Дуже характерними є істеричні гіперкінези, які виявляються в тремтінні різної амплітуди. Гіперкінези підсилюються при хвилюванні і зникають у спокійній обстановці, іноді спостерігаються тільки у формі судомних скорочень окремих груп м’язів. Судомні явища мови виявляються в істеричним затинанням.

Сенсорні порушення найчастіше виявляються в пониженні або втраті шкірної чутливості. Характерно, що зміни чутливості також не відповідають зонам інервації, а відображають уявлення про анатомічну будову кінцівок і частин тулуба. Дуже частими є порушення діяльності окремих органів чуття – істерична сліпота (амавроз) і глухота. Нерідко істерична глухота поєднується з істеричним мутизмом, тоді виникає картина істеричної глухонімоти (сурдомутизм).

Вегетативні порушення займають велике місце у клінічній картині істеричного неврозу. Спазм гладкої мускулатури часто обумовлює такі симптоми, як відчуття стискання горла (істеричний ком), непрохідності стравоходу, нестача повітря.

Нерідко трапляється істерична рвота, що не пов'язана з яким-небудь захворюванням шлунково-кишкового тракту і зумовлена спазмом (пілороспазмом). При хвилюванні відзначаються серцебиття, тахікардія, аритмія, задишка, проноси й інші розлади внутрішніх органів із масивною вегетативною симптоматикою. Функціональні розлади, які виникають в умовах травматизуючої симптоматики, зумовлюють вихід із цієї ситуації. Зафіксовані такі реакції “втечі в хворобу” надалі можуть повторюватися в суб'єктивно складних ситуаціях. Елементи агравації є частим явищем, що зустрічається при судово-психіатричній експертизі істеричних неврозів.

Неврози нав'язливих (настирливих) станів або obsесивно-фобічні стани.

У практиці судово-психіатричної експертизи проводити оцінку настирливостей доводиться зазвичай рідше, ніж істероневротичних станів. Прийнято розрізняти дві основні групи настирливих станів:

- настирливості, зміст яких має абстрактний, відсторонений, афективно-нейтральний характер;
- чуттєво-образні настирливості, з афективно-насиченим, переважно тяжким змістом.

До абстрактних настирливостей можна віднести, наприклад, настирливі мудрування (розумова жуйка), настирливе рахування (калькуляція), настирливі пригадування, повторення та ін.

Переважно важкі за змістом, чуттєво-образні, афективно-насичені настирливі стани є більш різноманітними:

1) настирливі, постійно виникаючі сумніви щодо правильності і закінченості своїх дій, вчинків, наприклад, “чи зачинив двері”, хоч перевіряв;

2) настирливі уявлення, котрі, не дивлячись на їх вочевидь неправдивий характер, явну абсурдність, приймаються за дійсність, наприклад, у матері, котра поховала дитину, раптом з'являється чуттєво-образне уявлення, що дитина похована була живою;

3) настирливі спогади – нестримне, настирливе згадування якого-небудь неприємного, негативно-забарвленого випадку або такого ж характеру події з минулого, не дивлячись на постійні зусилля не думати про це;

4) настирливі страхи (фобії). Вони особливо різноманітні за змістом, характеризуються нестримністю, та, не дивлячись на безглуздість, неможливістю подолати їх. Іноді виникає настирливий безглуздий страх висоти, високих місць (гіпсофобія), страх перебування в закритому приміщенні (кляустрофобія), страх відкритого простору, самому виходити з дому або переходити вулицю (агорафобія). Відомі й інші страхи: страх перед натовпом людей (антропофобія), страх раптової смерті (танатофобія), страх перед гострими предметами (айхмофобія), побоювання спільноти, гурту (петтофобія) або навпаки – самотності, залишатися насамоті (монофобія). Частими є страхи перед хворобами, можливістю заразитися невиліковною чи заразною хворобою, при відсутності обґрунтованих на те причин (нозофобія), страх захворіти раком (канцерофобія), страх заразитися сифілісом

(сифілофобія) тощо;

5) настирливі дії, ритуали, думки, рухи (компульсії), що скоюються супроти волі і бажання хворих, не дивлячись на намагання останніх їх стримати, усвідомлення їх безглуздості і боротьбу мотивів щодо їх здійснення. Це покашлювання, витягування рук, шиї, нестримне бажання плювати вниз, навіть у театрі, настирливі антипатії – мимовільно виникаючі цинічні думки і висловлювання про поважних осіб або рідних, про релігію тощо. Чимало настирливих дій супроводжує фобії, виникає разом з ними і має характер ритуалів. Ці ритуали, які мають значення певного роду заклинань, спрямованих на попередження неминучого нещастя, вчиняються всупереч розуму, щоби подолати настирливий страх.

При судово-психіатричній експертизі потрібно мати на увазі, що в більшості випадків хворі з неврозом настирливих станів унаслідок критичного до них ставлення і свідомої боротьби з ними не скоюють кримінальних дій, пов'язаних з явищами настирливості. Так, наприклад, був описаний один випадок, коли у хворого виникало нестримне бажання розбити за ноги об стіну свою єдину дитину, яку він дуже любив. При появі такого потягу його охоплював жах, і він, боячись зробити це мимоволі, панічно тікав із дому. Настирливі потяги, як правило, не виконуються, чим відрізняються від імпульсивних дій.

Неврастенія. В характері її клінічного перебігу велику роль відіграє довготривалість психотравмуючої ситуації, недостатність сну, відпочинку, постійне психічне напруження. Підвищена збудливість і лабільність нервової системи, що повільно з'являється на початку захворювання, в подальшому супроводжується підвищеною виснажливістю, швидкою стомлюваністю, "подрозливою слабкістю", нездатністю зосередитися на основній роботі. Характерні головні болі, порушення сну, непереносимість звичайних світлових і звукових подразників. Настрій, здебільшого понижений, розвивається виснаження, депресія, вегетативні розлади. Перебіг неврастенії довготривалий і залежить від типу вищої нервової діяльності і тривалості дії психотравмуючої ситуації.

Судово-психіатричне значення неврастенії є найменшим серед неврозів, реактивних станів, тому що вона дуже легко розпізнається і ніколи не супроводжується психотичною симптоматикою та порушенням критичних можливостей.

Реактивні психози. За клінічними ознаками, гостротою, характером і тривалістю перебігу, реактивні психози можна розділити на гострі шоківі реактивні психози, підгострі реактивні психози (котрі на початку можуть мати й гостру стадію), а також затяжні реактивні психози.

Гострі шоківі реактивні психози. Їх виникнення пов'язане з впливом гострої, раптової та дуже сильної психогенної травми, що становить загрозу для життя, найчастіше при масових катастрофах (пожежах, землетрусах, паводках, транспортних катастрофах та ін.), тяжкому потрясінні, пов'язаному з несподіваною звісткою, арештом тощо. Гострі шоківі реакції трапляються рідко і клінічно

виявляються в двох формах – гіпокінетичній і гіперкінетичній.

Гіпокінетична форма або психогенна психомоторна загальмованість виявляється раптово виникаючим станом повного знерухомлення: людина нерухомо застигає, не може зробити жодного руху, “стовбеніє від жаху”, не може промовити ні слова (мутизм). Цей стан триває від кількох хвилин до кількох годин, супроводжується вегетативними порушеннями та глибоким потьмаренням свідомості, за типом сноподібного оглушення з наступною повною амнезією.

Гіперкінетична форма, психогенне психомоторне збудження – раптово виникаюче, хаотичне, безглузде рухове збудження, що виражається у недиференційованих і нецілеспрямованих рухах, вигуках, невмотивованій втечі, нерідко в напрямку небезпеки.

Вегетативні порушення представлені виразною тахікардією, різким зблідненням або почервонінням, профузною пітливістю і проносом. Стан збудження супроводжується потьмаренням свідомості з наступною амнезією.

До гіперкінетичної форми шоків реакцій відносять також гострі психози страху. В їх клінічній картині провідним симптомом є панічний, нестримний страх, який відображається в міміці, руховому збудженні і спрямовує всю поведінку таких хворих. Іноді психомоторне збудження змінюється психомоторною загальмованістю, хворі ніби застигають у позі, що виражає жах, відчай.

Гострі шоків реакції тривають від кількох годин до кількох днів і так само, як і інші стани психомоторного збудження, супроводжуються наступною амнезією.

Підгострі реактивні психози, це один із найпоширеніших у судово-психіатричній клініці типів реактивних психозів. Їх тривалість – від 2–3 тижнів до 2–3 місяців. У практиці розрізняють такі форми підгострих реактивних психозів:

– психогенна депресія;

– психогенний праноїд, галюциноз;

– істеричні психози (маячноподібні або маревні фантазії, синдром Ганзера, псевдодеменція, пуерілізм, синдром здичавіння, істеричний ступор).

Психогенна депресія. Виділяють чотири її основні варіанти: 1) проста депресія; 2) депресивно-параноїдний; 3) астено-депресивний; 4) депресивно-істеричний синдроми.

У клінічній картині депресій ведучими є емоційні розлади, що супроводжуються психомоторною загальмованістю. **При простій депресії**, яка розвивається у безпосередньому зв'язку з психотравмуючою ситуацією, клінічні прояви можуть коливатися від незначно вираженої пригніченості до порівняно глибокої загальмованості, нуді. Депресивна реакція закінчується повним видужанням.

Депресивно-параноїдний синдром виявляється повільним, поступовим розвитком і наростанням стану пригніченості, якому передують безсоння, довготривалий період осмислення та переробки в психіці травмуючого пережиття. Свідомість хворих грубо не порушується, хоча при збереженості формальної орієнтації навколишнє середовище сприймається ними невиразно, відзначаються явища

деперсоналізації та дереалізації. Поряд із цим виявляється і маячна інтерпретація навколишнього. Іноді виникає синдром Кандинського-Клерамба, представлений у цих випадках окремими компонентами у вигляді відчуття внутрішньої розкритості, зчитування думок. Депресія супроводжується психомоторним загальмовуванням і, наростаючи, може перейти в депресивний ступор. Перебіг хвороби, як правило, довготривалий (2–3 місяці), при цьому хворі втрачають у вазі, в них відзначаються вегетативні зрушення – тахікардія, болі і відчуття важкості в ділянці серця, коливання артеріального тиску. Нерідкими є вперті суїцидальні тенденції та спроби. При зміні ситуації або лікуванні, насамперед, зникає маячна (маревна) інтерпретація оточуючого. Депресія стає менш глибокою та більш адекватною, поступово проходить психомоторна загальмованість, з'являється критика до перенесеного хворобливого стану.

Астено-депресивні стани починаються з явищ нервово-психічного виснаження, яке досягає ступеня глибокої астенії. З подальшим розвитком захворювання наростає психомоторна загальмованість. Афект тосчного настрою має маловиразний характер, заміщуючись станом одноманітного психічного зниження, апатії, пригнічення всіх функцій психіки. Загальмованість, уповільненість темпу психічних процесів, підвищення порогу сприйняття відображають зміну свідомості за типом оглушення. В подальшому поглибленні стан депресії може перейти у в'ялий ступор, який відзначається особливо несприятливим перебігом. При зворотньому розвитку психічна діяльність поступово відновлюється, однак довгий час ще спостерігається стан постреактивної астенії.

Істерична депресія в судово-психіатричній практиці зустрічається найчастіше. Вона розвивається після короткого істеричного збудження. Клінічна картина відрізняється особливою яскравістю і жвавістю симптоматики, часто поєднується з іншими істеричними проявами – псевдодеменцією, пуерілізмом, маячноподібними фантазуваннями. Афект нуді, тосчного настрою при істеричній депресії характеризується надзвичайною виразністю. Правдивої психомоторної загальмованості в цих випадках немає. Іноді нудь поєднується з гнівливістю, депресія набуває ажитованого характеру. Нерідко хворі наносять собі пошкодження або скоюють демонстративні суїцидальні спроби. Вони не схильні до маячних ідей самозвинувачення. Частіше їм властиві зовнішньо звинувачувальні тенденції, поряд із цим вони висловлюють перебільшені побоювання з приводу свого здоров'я. Істерична депресія протікає на фоні істерично звуженої свідомості з коливаннями психомоторних проявів. При поглибленні реактивного стану істерична депресія переходить в істеричний ступор, однак її перебіг загалом є благополучним. Вихід із хворобливого стану може відбутись одразу ж після зміни психотравмуючої ситуації чи проведеного лікування, але може бути і поступовим – т. зв. літичний вихід.

Психогенний параноїд і галюциноз. Реактивний, психогенний параноїд виникає, як правило, після арешту, в місцях позбавлення волі, після напруженої безсонної ночі у зв'язку з усвідомленням того, що відбулося. В початковій стадії у

хворих з'являється незрозуміла тяжка тривога, загальне емоційне напруження та неспокій. Все навколишнє сприймається й оцінюється хворим крізь марення. Зміст параноїду в прямій чи опосередкованій формі відображує травмуючу ситуацію; такий стан триває до місяця. Звичайно після переводу в умови стаціонару маячна інтерпретація зникає, критика до перенесених хворобливих переживань відновлюється поступово, проходячи крізь період сумнівів і подвійного ставлення до того, що сталося.

У судово-психіатричній клініці значно частіше зустрічається підгострий психогенний галюцинаторно-параноїдний синдром. У цих випадках у початковому періоді психотичного стану активна психічна діяльність стає затрудненою, відзначаються явища дереалізації та хибного впізнання. Поступово цілеспрямоване мислення заміщується безперервним плином уявлень. Розгортаються спогади давно забутих епізодів. Поряд із напливом думок з'являється відчуття “витягування”, “зчитування думок”, “внутрішньої розкритості”; це поєднується з іншими слуховими псевдогалюцинаціями. Хворі сповіщають про внутрішні голоси, які втручаються в хід їх думок, звучать всередині голови, відтворюють процес слідства. З'являється також відчуття зміненості власного організму, явища деперсоналізації. На висоті гострого психотичного стану, на тлі наростаючого афекту страху переважають істинні вербальні галюцинації, зміст яких безпосередньо пов'язаний із травмуючою ситуацією. “Голоси” мають множинний характер, часто у вигляді діалогу обговорюють поведінку хворого, погрожують, віщують смерть. Поряд із цим хворим може причуватися плач їх дітей, рідних, крики, волення про допомогу тощо. Іноді бувають і зорові порушення сприйняття: хворим привиджуються рідні, близькі, озброєні люди, направлені на них рушніці чи інша зброя та ін.

Велике місце в клінічній картині займають маячні ідеї відношення, переслідування, а також маячення зовнішнього впливу, постійної підконтрольності своїх дій, впливу зі сторони гіпнозом або якимись апаратами. Всі маячні ідеї об'єднані загальним змістом, пов'язаним із психогенно травмуючою ситуацією. На висоті гострого психотичного стану переважає страх. При переводі в стаціонар у психічному стані хворих відбуваються різкі зміни. Спочатку зникають галюцинації; напружений афект страху змінюється депресією, загальною астеною. Маячення набувають резидуального характеру і не виявляють тенденцій до подальшого розвитку. Однак повна критика до пережитого довгий час не відновлюється.

У судово-психіатричній клініці дуже рідко зустрічаються психогенні галюцинози, при яких основне місце займають слухові галюцинації.

Істеричні психози

Маячноподібні (маревні) фантазії – це мінливі, нестійкі фантастичні ідеї, які не складаються у визначену систему. В одних випадках синдром маячноподібних фантазій розвивається гостро на тлі істерично звуженої свідомості. Маячноподібні побудування відрізняються мінливістю, рухливістю, летючістю. Переважають

нестійкі ідеї величі, багатства, що у фантастично-гіперболізованій формі відображають прагнення до реабілітації та втечі від тяжкої непереносимої ситуації. Хворі розповідають про свої польоти на інші планети, невичерпні скарби, якими вони володіють, великі відкриття, що мають загальнодержавне значення тощо. На відміну від маячень маячноподібні фантазії характеризуються жвавістю, рухомістю, відсутністю стійкої впевненості хворого в їх достовірності, а також безпосередньою залежністю від зовнішніх обставин. Зміст цих висловлювань протирічить основному тривожному фону настрою, змінюється від зовнішніх моментів, питань лікаря. В інших випадках маячноподібні фантастичні ідеї мають більш складний і стійкий характер, виявляючи тенденцію до систематизації. Такі хворі можуть годинами говорити про свої “проекти”, “праці”, підкреслюючи, що в порівнянні з “великим значенням” зроблених ними винаходів їх вина мізерна. В період зворотного розвитку реактивного психозу на перший план виступає ситуаційно-обумовлена депресія, фантастичні висловлювання блідніють, поживляючись лише на час хвилювання хворих, що пов’язано з впливом додаткових маячних переживань.

Синдром Ганзера (псевдодеменції) вперше був описаний німецьким психіатром Ганзером у 1987 р. Основними проявами синдрому є гострий виникаючо-присмерковий стан, явища мимомовлення, мимодіяння (невірні відповіді на поставлені запитання і неправильні дії у відповідь), істеричні розлади чутливості й іноді істеричні галюцинації. Явище мимомовлення або мимоговоріння полягає в тому, що хворі не здатні дати правильні відповіді на прості запитання, не можуть назвати рік, числа, не вірно рахують години, пальці в себе на кінцівках, інколи дають прямо протилежні відповіді, називаючи підлогу стелею, ліжко дверима і т. д. У той же час основні ознаки та зміст відповідей залишаються в сенсі запитання, тобто означають години, числа, колір, групи однорідних предметів. Симптом мимодії виявляється тим, що хворий не може виконати звичні дії – вдіти одяг, запалити тощо. Хворобливий стан перебігає гостро і триває кілька днів, після одужання настає амнезія цього періоду.

Псевдодеменцією або неправдивим недоумством називається істеричного типу психогенна реакція, яка виявляється в неправильних відповідях (мимомовленні) та невірних діях (мимодіянні), що демонструють раптове глибоке недоумство, деменцію, яка зникає потім без сліду. На відміну від синдрому Ганзера псевдодеменція виникає на тлі істерично звуженої, але присмерково потьмареної свідомості.

При сучасному терапевтичному втручанні, а іноді й без лікування псевдодеменція піддається редукції за 2–3 тижні та відбувається повне відновлення всіх психічних функцій.

Синдром пуерілізму. Його назва походить від латинської слова *puer* – хлопчик і означає “впадіння в дитинство”. Протікає у формі істерично звуженої свідомості. Найбільш характерними та стійкими симптомами пуерілізму є дитяча мова, дитяча моторика і дитячі емоційні реакції. Хворі своєю поведінкою відтворюють

особливості психіки дитини: говорять тонким голосом із примхливими дитячими інтонаціями, по-дитячому будують вислови, сюсюкають, до всіх звертаються на “ти”, називають оточуючих “дядечками”, “тіточками”, використовують зменшувальні форми в назвах предметів та ін. Емоційні реакції також оформляються по-дитячому: хворі примхливі, ображаються, надувають губи, плачуть, коли їм не дають те, що вони вимагають. Однак у поведінці пуерильних хворих можна помітити відображення всього життєвого досвіду дорослої людини, збереженість окремих навичок і звичок (автоматизованих рухів при прийнятті їжі, палінні). Цим поведінка пуерильних хворих суттєво відрізняється від власне дитячої поведінки. В судово-психіатричній практиці окремі риси пуерилізму, що включаються в клінічну картину інших реактивних психозів, зустрічаються частіше, ніж цілісний пуерильний синдром. Через кілька днів стан пуерилізму, як і псевдодемонічний стан, переважно закінчується одужанням чи може перейти в ступор або симуляцію.

Синдром “здичавіння” або психічного регресу – це один із найрідкісніших реактивних розладів. Він характеризується розпадом психічних функцій на фоні істерично зміненої свідомості, поведінкою, що відтворює образ “дикої людини”. Іноді поряд із розпадом психічних функцій відзначається продуктивна симптоматика у вигляді явищ істеричного перевтілення. Здебільшого хворі знаходяться в стані тривалого психомоторного збудження: вони ходять на чотирьох кінцівках, повзають, їдять просто з підлоги або з миски, без столової ложки, кидаються, ричать, виявляють інші агресивні тенденції. На час одужання проявляється підвищена збудливість, подразливість, іноді є амнезія гострого періоду.

Психогенний ступор має клінічний прояв у повній знерухомленості і мутизмі. Тоді, коли існує психомоторна загальмованість, яка не досягає ступені ступору, говорять про передступорозний стан. Психогенний ступор може виявлятися як самостійна форма реактивного психозу, однотипна на весь термін перебігу захворювання, і як остання його стадія при поступовому поглибленні хворобливого стану. За особливостями психопатологічних проявів можна визначити чотири варіанти ступору: істеричний, депресивний, галюцинаторно-параноїдний, в’ялоастенічний. Найчастіше зустрічається **істеричний ступор**. У деяких випадках він виникає гостро, як самостійна форма реакції безпосередньо після травмуючої події, переживання (наприклад, арешту). Але, зазвичай, ступор розвивається поступово, фактично як останній етап при зміні різних істеричних синдромів. Основною рисою, що визначає клінічну картину істеричного ступору, є емоційне напруження, що забарвлює всі психопатологічні прояви цього синдрому. Не дивлячись на нерухомість і мутизм, міміка і пантоміміка таких хворих виразні, відображають напружений афект. Вираз обличчя хворого злобний, занепокоєний, іноді ж міміка вказує на застигле страждання, відчай. На тлі психомоторної загальмованості виявляються істеричні симптоми. Нерідко такі хворі вирячують очі, вираз обличчя може мати псевдодемонічний або пуерильний характер так само, як й окремі стереотипні рухи. Свідомість у хворих цієї групи змінена за типом

афективно-звуженої. Хоча хворі тривалий час відмовляються від їжі, їх фізичний стан залишається переважно відносно добрим. Вихід із ступорозного стану може бути раптовим і поступовим.

При депресивному ступорі передступорозний чи ступорозний стан виникає як наслідок поглиблення психомоторного гальмування, що супроводжує психогенну депресію. Вихід із ступорозного стану частіше буває через повторну стадію психогенної депресії з наступною частковою амнезією. Деякий час у хворих залишаються явища постреактивної астенії.

Галюцинаторно-параноїдний ступор також формується поступово. Ця форма психогенного ступору виникає після галюцинаторно-параноїдного синдрому. Після виходу зі ступору хворі зберігають спогади про перенесені ними маячні та галюцинаторні переживання.

Астенічний ступор виникає після астено-депресивного синдрому. Тут на перше місце виступає повна знерухомленість, що супроводжується в'ялим м'язевим тонусом. Повільно формуються ступорозні стани, які разом із в'ялим перебігом мають найбільш несприятливий прогноз і часто набувають затяжного характеру.

Затяжні реактивні психози тривають півроку, рік і більше. Залежно від клінічних особливостей і закономірностей динаміки перебігу захворювання практично поділяють три типи затяжних реактивних психозів.

У першій групі характерним є одноманітний, непрогрідієнтний перебіг. На весь час захворювання зберігається певний чітко визначений психопатологічний синдром, найчастіше – це істерична депресія, псевдодеменція, псевдодементно-пуерильний синдром або маячноподібні фантазії. Ведучий синдром залишається зафіксованим у стадії зворотного розвитку. При цьому довше зберігаються ті симптоми, з яких почався реактивний стан. Цей тип перебігу затяжних реактивних психозів прогностично найсприятливіший.

Особливістю другої групи затяжних реактивних психозів є перебіг, який трансформується, характеризується зміною психогенних синдромів із тенденцією до поглиблення реактивного стану, що має вираз у постійному зростанні психомоторної загальмованості. Вихід із психозу проходить через зворотній розвиток психомоторної загальмованості, причому окремі компоненти цього цілісного синдрому залишаються надовго зафіксованими у вигляді ізольованих фізичних моносимптомів (паралічів, парезів, мутизму та ін.).

Найнесприятливішим є третій, в'ялопрогрідієнтний тип перебігу затяжних реактивних психозів, що супроводжується глибокими порушеннями життєдіяльності організму. Характерною особливістю цієї групи є стани психомоторної загальмованості, котрі виникають на ранніх стадіях прогресуючого фізичного виснаження. Перебіг цієї групи затяжних реактивних психозів не виявляє безпосередньої залежності від причин, яка викликала захворювання. Навіть припинення кримінальної справи не призводить до видужання. Зворотній розвиток психотичного стану у всіх його проявах має ніби частковий характер, відновлення

окремих психічних функцій виявляється неповним.

Судово-психіатрична експертиза реактивних психозів. При вирішенні питання про час виникнення реактивного стану, наявність чи відсутність психотичних розладів у період скоєння протиправних дій слід пам'ятати, що зазвичай реактивні порушення pojawiaються після вчинення протиправних дій; цьому сприяють обстановка проведення слідчих дій, факт затримання і взяття під варту. Скоєння кримінальних дій у стані реактивного психозу трапляється в практиці дуже рідко, іноді в стані депресії вчиняються спроби самогубства або вбивства близьких за типом розширеного самогубства. При реактивному параноїді хворі, котрі вважають себе переслідуваними, захищаючись від уявних переслідувачів, також можуть скоювати тяжкі агресивні вчинки. Звісно, що коли протиправні дії були вчинені в стані реактивного психозу, потрібно говорити про неосудність стосовно цих діянь. У більшості ж випадків реактивні стани виникають після скоєння правопорушення як реакція на тяжку психогенно травмуючу ситуацію, що склалася. Тоді перед експертами стає питання не про осудність, а про психічний стан, який розвинувся після правопорушення та про можливість досліджуваного предстати перед судом і нести покарання. Ці питання, регламентовані статтями 19, 20 ККУ та ст. 206 КПКУ, становлять одну зі специфічних особливостей судово-психіатричної експертизи реактивних станів.

При гострих і підгострих реактивних психозах, які мають короткочасний характер і є повністю зворотними, видужання настає, зазвичай, ще під час перебування особи на стаціонарній експертизі. Тому вирішення питання про продовження слідства, можливість участі досліджуваного в судовому процесі чи перебування в місцях позбавлення волі не викликає утруднень. Труднощі ж виникають при вирішенні тих же питань при затяжних реактивних психозах, що характеризуються різноманіттям варіантів перебігу та різним закінченням. Відповідно до вищезазначених законодавчих актів основним завданням при експертизі хворих затяжними реактивними психозами є визначення глибини і тяжкості хворобливого стану та можливість його прогнозування.

Затяжні реактивні психози, клінічна картина яких характеризується однотипним або трансформованим перебігом із переважанням істеричних синдромів (істеричної деменції, псевдодеменції, пуерилізму тощо), не дивлячись на затяжний характер, у прогностичному плані є найсприятливішим. Тому в подібних випадках можна позитивно вирішувати питання про осудність, але через тривалість перебігу реактивного психозу хворих потрібно направляти на примусове лікування до видужання, після чого вони можуть предстати перед судом і нести відповідальність.

При затяжних реактивних психозах, клінічна картина яких трансформується, з переважанням депресивних, депресивно-параноїдних і галюцинаторно-параноїдних синдромів, експертні труднощі пов'язані зі складністю їх диференціальної діагностики з шизофренією. Саме в цих випадках іноді остаточний діагноз може бути виставлений лише тільки після виходу хворих із реактивного стану. Однак

встановлення реактивного походження захворювання також ще остаточно не визначає можливих судово-експертних рішень, тому що реактивні психози з параноїдними синдромами можуть виявитися несприятливими як за перебігом, так і за особливостями виходу з психотичного стану. Враховуючи можливість діагностичних розходжень, а також формування різних за глибиною наступних постреактивних змін особистості, найбільш доречним у таких випадках є направлення цих хворих на примусове лікування до виходу з хворобливого стану. Засуджених також слід направляти на лікування в психіатричні заклади місць позбавлення волі. Переважно такі заходи дуже ефективні. Після відповідної активної терапії, в тих випадках, коли виявляється психогенне походження захворювання, хворі можуть притягатися до кримінальної відповідальності і предстати перед судом (обвинувачені) або ж продовжувати відбування покарання (засуджені) після одужання.

Хворі на затяжні реактивні психози з в'ялопрогресивним перебігом становлять найменш численну групу. Властиве для цієї групи довготривале прогресивне захворювання з наступним формуванням змін психіки за органічним типом позбавляє хворих здатності і можливостей, необхідних при виконанні процесуальних вимог, що ставляться до особи, котра притягається до відповідальності за скоєний у стані осудності злочин, тому встановлення ознак, характерних для прогностично-несприятливої групи, визначає експертне рішення, оскільки цей варіант перебігу затяжних реактивних психозів за всіма клінічними особливостями потрібно розглядати як хронічне душевне захворювання, що виникло після скоєння злочину. Звичайно, остаточному вирішенню питання про можливість предстати перед судом і нести покарання передуює направлення хворих на примусове лікування, яке є необхідним етапом, що дозволяє більш визначено говорити про характер перебігу захворювання після переведення в умови стаціонару та проведення активної терапії. При експертизі засуджених у подібних тяжких випадках правомірною є постановка питання про застосування ст. 48 ККУ, статей 408, 421 КПКУ.

У рідкісних випадках судово-психіатричної експертизи при вирішенні питання про дієздатність у цивільних справах (вступ до шлюбу, складання заповіту, дарчої тощо), коли реактивні стани частіше виникають після здійснення цивільно-правового акту, тільки глибокі реактивні розлади вважаються тимчасовими, які тягнуть за собою недійсність укладених у такому стані цивільно-правових угод і рішень. Розлади ж легкого та помірного ступеня не позбавляють хворих правильно і відповідально вести свої справи.

У процесуальних діях свідками не можуть бути особи, котрі виявляють ознаки реактивних станів будь-якої форми. З урахуванням думки експертів-психіатрів повинні братися до уваги й показання потерпілих, які знаходяться в реактивному стані.

§ 15. Судово-психіатрична експертиза виключних (виняткових) станів та інших короткочасних розладів психічної діяльності.

Виключні стани виникають здебільшого в осіб, що не страждали на психічні захворювання, і є, зазвичай, єдиним епізодом за все життя досліджуваної особи. Саме через епізодичність, короткочасність і необхідність детальної ретроспективної реконструкції ситуації, що мала кримінальні наслідки, а не характер розповсюдженості, судово-психіатрична експертна оцінка виключних станів буває складною. За сучасною статистикою кількість осіб, у яких виявляються виключні стани, не перевищує 2% від загального числа визнаних неосудними. Раніше ж мала місце значна гіпердіагностика цих станів – у більш, ніж третини визнаних неосудними. Великий внесок у теоретичне вдосконалення та сучасну визначеність питання про судово-психіатричну експертизу виключних станів було зроблено відомими психіатрами В. Х. Кандінським, С. С. Корсаковим, В. П. Сербським, О. Е. Фреєровим, О. К. Качаєвим та ін.

Виключні (виняткові) стани – це нозологічно і симптоматично збірна група тимчасових розладів психічної діяльності. Вони об'єднуються такими загальними клінічними ознаками, як раптовий початок, нетривалість (хвилини, рідко – години), наявність розладнаного, переважно присмеркового потьмарення свідомості з повним або частковим забуванням подій, які відбувалися в той час. До виключних станів відносять синдроми:

- патологічне сп'яніння;
- присмеркові стани свідомості, що не є симптомом якогось хронічного захворювання;
- патологічні просонкові стани;
- патологічний афект;
- реакція “короткого замикання”.

Серед виключних станів частіше за інші хворобливі форми трапляються патологічне сп'яніння. За ним ідуть присмеркове потьмарення свідомості і патологічні просонкові стани. Рідше зустрічаються патологічний афект і ще рідше – реакція “короткого замикання”.

Виокремленні в особливу групу, поєднані узагальнюючою подібністю клінічної картини, особливостями перебігу патогенетичних механізмів, значними труднощами, які виникають при розпізнанні, виключні стани мають певну єдність діагностичних і судово-психіатричних критеріїв в їх оцінці. Їхнього найважливішою характерною спільною рисою є психотичний характер. За визначенням М. Є. Введенського, виключні стани являють собою не що інше, як особливу групу швидкоплинних транзиторних психозів. Основною ознакою, характерною для всіх форм виключних станів, є виникнення при них симптомів розладненої свідомості. Як правило, мова йде про різні за своїми психопатологічними особливостями присмеркові розлади свідомості. Виключні (виняткові) стани закінчуються або сном, або виразним психічним і фізичним виснаженням, аж до розвитку прострації

(крайній ступінь виснаження психічних і фізичних сил, що супроводжується байдужістю до навколишнього). Амнезія психотичного стану повна або часткова.

Виключні стани можуть виникати у практично здорових людей, але й можуть відігравати роль певні відхилення в психіці. Вони можуть бути зумовлені тяжкістю залишкових явищ, перенесених у минулому органічних захворювань центральної нервової системи (інфекції, інтоксикації, черепно-мозкові травми), алкоголізму, психопатичного складу характеру, невротичних розладів. Однак, в останній час значно більшого, навіть провідного значення надається різноманітним зовнішнім, тимчасово діючим виснажуючим моментам. До них відносять психічне та фізичне перенапруження, перевтому, астенізуючий вплив нетяжких інтеркурентних захворювань, недосипання, пов'язану з переохолодженням або перегріванням роботу тощо. Разом з тим залишається і значимість легкого патологічного шоку. Так, присмеркові потьмарення свідомості і патологічні просонкові стани, котрі нагадують аналогічні явища при епілепсії, а також патологічне сп'яніння частіше виникають в осіб з органічними захворюваннями центральної нервової системи при впливі таких тимчасових додаткових факторів, як інтеркурентні соматичні або інфекційні захворювання, алкогольне сп'яніння, вимушене безсоння чи недосипання. Патологічний афект і реакція “короткого замикання” частіше виникає у психопатичних осіб або при невротичних розладах під впливом психотравми. При цьому для патологічного афекту крім тяжкості і раптовості психічної травми, мають велике значення тимчасово послаблюючі фактори, тоді як для реакції “короткого замикання” ця попередня астенізація не є обов'язковою. Все ж усі виключні стани поєднує їх велика рідкісність, здебільшого одноразовий характер на протязі всього життя однієї і тієї ж особи (виключеннями є стани патологічного сп'яніння та присмеркові стани, які можуть іноді повторюватися).

Патологічні просонкові стани. Патологічне сп'яніння. Присмеркові стани свідомості.

Патологічний афект. Ця форма виключних станів виникає в зв'язку з раптовою та інтенсивною психічною травмою. Не дивлячись на короткочасність, у розвитку патологічного афекту можна з певною умовністю визначити три фази: підготовчу, вибуху та заключну.

У підготовчій фазі під впливом психічної травми (тяжка образа, неочікувана глибоко вражаюча звістка тощо) проходить різке наростання афективної напруги з концентрацією всієї уваги лише на травмуючому моменті. Здатність спостерігати й оцінювати те, що відбувається, усвідомлювати й оцінювати свій власний стан глибоко порушується або просто стає неможливою.

У фазі вибуху виникає напружений афект гніву або невдоволення поєднується з глибоким потьмаренням свідомості і нестямним руховим збудженням, яке має автоматичний нецілеспрямований чи агресивний характер. В останньому випадку дії мають “характер складних невимушених актів, які скоюються з жорстокістю автомата або машини” (С. С. Корсаков). Фаза вибуху супроводжується характерним

зовнішнім виразом зі спотворенням рис почервонілого або зблідлого обличчя, наявністю надзвичайно виразних рухів, зміною ритму дихання.

Заключна фаза характерна різким виснаженням психічних і фізичних сил, що тягне за собою або сон або стан, близький до прострації, з відсутнім виглядом, байдужістю до оточуючого та скоєного. Спогади про те, що сталося, мають уривчастий характер, але частіше не зберігаються.

У судово-психіатричній практиці постійно виникає необхідність диференціювати патологічний афект від афекту фізіологічного. Для останнього не є характерним розвиток зі зміною фаз у наведеній послідовності; епізод не завершується сном або різким психофізичним виснаженням, однак кардинальною відмінністю цих станів є відсутність при фізіологічному афекті потьмарення свідомості, котре “визначає межу між фізіологічним і патологічним афектом” (В. П. Сербський).

Реакція “короткого замикання”. Цей короткочасний розлад виникає в результаті тривалого, інтенсивного, переносимого мовчки, афективного напруження у формі тосчного настрою, нуді або відчаю, що нерідко поєднується з тривожним очікуванням. У свідомості домінують уявлення, пов’язані з домінуючим афектом. Скоєння протиправної дії, котра досі не передбачалася, визначається миттєво складеною, часто зовсім випадковою ситуацією. Клінічна картина цього вкрай рідкісного розладу визначається або порушенням свідомості з автоматичними діями або виразними, не відповідними до приводу афективними порушеннями з імпульсивними вчинками, котрі призводять до скоєння небезпечних дій, які направлені проти себе чи оточуючих. Завершується реакція “короткого замикання” або сном, або різким психофізичним виснаженням. Спогади про епізод фрагментарні.

Розпізнання та судово-психіатрична оцінка виключних станів. Діагностика виключних станів майже завжди спричиняє значні утруднення. Завдяки своїй (короткочасності) вони майже ніколи не бувають предметом безпосереднього лікарського спостереження. Як правило, клінічну картину хворобливого стану, що передбачається, доводиться відновлювати ретроспективно, через якийсь, навіть значний, проміжок часу, базуючись на даних судової справи, які можуть виявитися недостатніми в цьому плані. Тому дуже важливого значення набувають покази свідків, котрі бачили картину психічного розладу. За окремими, часто роздрібненими та суперечливими показаннями свідків і за матеріалами слідчої справи шляхом їх зіставлення проводиться якомога повніше відновлення картини епізоду, який був. Ця діагностична оцінка має спрямовуватися на констатацію основних клінічних ознак виключних станів. Головним з них є наявність під час епізоду стану потьмарення свідомості. Показання свідків можуть сприяти з’ясуванню таких клінічних фактів, як дезорієнтованість в навколишньому середовищі, особливості висловлювань, за якими можна говорити про галюцинаторно-маячні та інші розлади, характер вчинків (наявність у них

стереотипних дій, незалежність цих дій від ситуації, яка в той час мала місце), зовнішній вигляд досліджуваного у той період. Нарешті, такі показання можуть допомогти виявленню етапів і послідовності розвитку хворобливого епізоду, де надто велике значення мають особливості його закінчення – виникнення психічного та фізичного виснаження або наступлення сну. Тільки поєднання ознак, що утворюють певну картину, а не ізольована констатація, дозволяє з достатньою певністю стверджувати про наявність того чи іншого психотичного розладу. Патогенетичні моменти мають при цьому другорядне значення.

При вивченні випадків помилкової діагностики виключних станів Д. Р. Лунцем було показано, що, як правило, причиною лікарських помилок була підміна клінічних критеріїв суб'єктивно-психологічними тлумаченнями мотивів і характеру скоєного діяння, коли брали до уваги такі факти, як невмотивованість дій і відчуженість злочину особі, котра його скоїла, незвичайний характер суспільно небезпечного діяння тощо.

Тільки певне поєднання клінічних ознак, що свідчать про наявність особливого транзиторного психозу, дозволяє діагностувати одну з форм виключних станів. В акті судово-психіатричної експертизи повинні бути наведені чіткі клінічні критерії, на яких базується діагноз виключного (виняткового) стану. Головним з них є доведення існування потьмарення свідомості. При діагностиці виключних станів досліджувані визнаються неосудними.

§ 16. Симуляція психічних розладів.

Симуляція психічного захворювання – це свідома поведінка, в основі якої є зображення неіснуючих ознак психічних розладів, прикидання або штучний їх виклик з метою уникнути покарання.

Вдаватися до симулятивної поведінки деякі особи можуть в разі їх притягнення до кримінальної відповідальності, загрози позбавлення волі після засудження, при намаганнях уникнути призову в армію, отримати групу інвалідності, різні привілеї та дозволи.

Симулювати можуть як психічно здорові, так і психічно неповноцінні особи, але особливості симуляції у тих та інших різні.

Симуляцію психічно здорових осіб прийнято називати правдивою симуляцією або істиною. Симуляцію осіб з тими чи іншими психічними порушеннями називають симуляцією на патологічному підґрунті.

Залежно від фактичного початку симуляцію розділяють на 3 варіанти: **попередню (превентивну)**, тобто симуляцію, що передуює скоєнню злочину, з метою ввести оточуючих в оману, ніби злочин було скоєно в стані психічного захворювання; **симуляцію під час скоєння правопорушення** з метою приховування його дійсних мотивів; **наступну симуляцію**, тобто **симуляцію, що здійснюється після скоєння злочину** як поведінка з метою самозахисту й ухилення від відповідальності. Останній варіант у судово-психіатричній практиці зу-

стрічається найчастіше.

Існує кілька способів симуляції. Частіше з метою симуляції використовується змінена поведінка і висловлювання, за допомогою яких намагаються зображувати патологічний стан психіки, котрого насправді не було і немає. Іноді для цього симулянтами вживаються певні лікарські препарати, що тимчасово можуть викликати стан, який створює враження психічного захворювання. В окремих випадках досліджувані симулюють анамнез. Для цього повідомляються неправдиві відомості про патологічний стан психіки, що ніби-то колись був у минулому, спеціально підмовляються родичі, “свідки”, подаються фальшиві документи та ін. Вказані варіанти симуляції можуть певним чином поєднуватися.

Істинна (правдива) симуляція. Вибір форми симуляції, в т. ч. зміст неправдивого анамнезу, визначається розповсюдженням у широких верствах населення уявленням про психічні захворювання, змістом медичної літератури, установками судово-психіатричної експертизи і з часом змінюється. В минулому, наприклад, найчастішими були вказівки на наявність в анамнезі різного роду психічних нападів, випадків. Нині переважають скарги на наявність в минулому маячних ідей, марення, галюцинацій тощо. Нерідко симуляції анамнезу передує превентивна госпіталізація в психіатричну лікарню з метою отримання медичного документу, який підтверджував би наявність психічних розладів. В інших випадках особа, котра зверталася до психіатра з приводу невротичних скарг, розладів сну тощо, ускладнює неправдиві відомості про себе вказівками на наявність голосів, марення, маячних ідей і т. д. До цього ж виду симуляції можна віднести випадки, коли неправдива інформація розповсюджується не на весь анамнез, а стосується лише періоду, коли було скоєно злочин. Так, наприклад, особа, котра скоїла злочин у стані сп’яніння, дуже жваво описує ніби-то наявні в той час хворобливі переживання з метою імітації алкогольного психозу. З цим пов’язані певні судово-психіатричні труднощі.

Симуляція психічного розладу здійснюється у формі зображення окремих хворобливих симптомів або синдромів і значно рідше – у вигляді відтворення окремої форми психічного захворювання. Оскільки симуляція є індивідуальною творчістю, вибір патологічних симптомів для симуляції залежить від знань і досвіду симулянта, його обізнаності в галузі психіатрії, а іноді і від випадкових причин (репліки медперсоналу, поради досліджуваних, що теж знаходяться на експертизі, наслідування інших хворих та ін. Певний відбиток на характер симуляції накладає й особистість досліджуваного. Це зумовлює значне різноманіття проявів симуляції та відсутність будь-яких певних закономірностей. Вдаючи наявність психотичного стану, симулянти намагаються відтворити окремі симптоми та синдроми: збудження, галюцинації, розлади пам’яті, слабоумство, мутизм, ступор, депресію. При цьому часто можна помітити безладне демонстрування симптомів, що, зазвичай, не можуть одночасно бути поєднаними в рамках одного захворювання або зовсім не властиві останньому. Практично ніколи наслідування не буває точним через величезну

емоційну і фізичну напругу, яка потрібна для вдавання мовного та рухового збудження, кататонічного ступору, мутизму. Мовна плутанина при зображенні зміненого патологічного мислення, велике напруження уваги, щоб себе не скомпрометувати, швидко викривають симулянта.

У практиці найчастішими є симуляції станів з в'ялою, монотонною поведінкою, пригніченістю, невиразною мімікою, відмовами від контактування, посиленнями на розлади пам'яті. Для підтвердження нібито існуючих психічних розладів досліджувані намагаються продемонструвати їх у присутності лікаря. З цією метою, тільки помітивши спостереження за собою, вони починають самі з собою розмовляти, демонстративно звертатися до медперсоналу зі скаргами на уявних переслідувачів, симулюють маячні ідеї, слухові та зорові обмани. При цьому вираз обличчя, жести, емоційні прояви неадекватні дійсно маячним і галюцинуючим хворим, симулянти швидко виснажуються. При детальному розпитуванні часто вдається помітити їх нерішучість, прагнення уникнути прямої відповіді, перервати розмову. Для вдової "творчості" симулянтів характерним є зв'язок з минулим досвідом особи, її інтересами, рівнем освіти і начитаністю.

Серед симулятивних проявів одне з перших місць за частотою займають посилення на провали і порушення пам'яті, що розповсюджується на все минуле або на період часу, який відноситься до інкримінованих діянь. Такого роду скарги завжди подаються в надто демонстративній, акцентованій формі. При зображенні їх досліджувані не можуть уникнути протиріч у поведінці, висловлюваннях, нерідко виявляють помилки, що швидко вказує на штучний характер вдаваних розладів пам'яті.

До цієї описаної форми близько стоїть симуляція слабоумства. Тут також на першому місці стоять зображення розладів пам'яті, однак воно доповнюється ще й імітацією повної відсутності яких-небудь знань і навичок. Особи такого роду навмисне нескладно відповідають на елементарні запитання, брутально, неправильно поводяться під час обстеження. Як правило, зазвичай у таких вдаваних "недоумкуватих" завжди можна помітити дисоціацію між тим, що активно подається, та дійсним становищем справ. Симулянт завжди зібраний, злобливий, подразливий, насторожений. При цій формі симуляції ніколи не спостерігається благодушся та ейфорії, що властиві хворим із картиною дійсного недоумства.

У судово-психіатричній практиці симуляції ступорозних станів, психомоторного збудження та глибокої депресії (через велике емоційно-вольове напруження, швидке виснаження і невелике судово-психіатричне значення) останнім часом спостерігаються все рідше.

Нині все частішою стає форма симулятивної поведінки зі скаргами на афективні розлади, які ніби-то були в минулому, відбуваються коливання настрою або, навпаки, стани глибокої апатії, захоплення в підлітковому віці релігією, філософією. Подібні висловлювання експерти помилково розцінюють як симптоми, характерні для шизофренії (наприклад, "філософічна інтоксикація") з впливаючими звідси

експертними висновками. Демонструючи емоційну холодність, такі особи заявляють про свою байдужість до справи і в той же час уважно спостерігають за враженням, яке справляють, їх міміка виявляє живий напружений афект, тривожне очікування і страх покарання.

Симуляція на патологічному ґрунті може виявлятися в різних формах: свідомому і навмисному перебільшенні симптомів наявного в певний час захворювання або залишкових явищ після перенесеної в минулому психічної хвороби – **агравация**; свідомому продовженні захворювання або навмисному продовженні вже зниклих психопатологічних симптомів – **метасимуляція**; зображенні психопатологічних симптомів, які не властиві наявному психічному захворюванню – **сюрсимуляція**.

Агравация, так само як і інші види симуляції на патологічному підґрунті має метою отримати потрібне експертне заключення про наявність психічного захворювання і відповідне вирішення питання у кримінальній чи цивільній справі. Особливо часті ухиляння у такий спосіб в осіб з органічним ураженням головного мозку травматичного чи судинного генезу, при олігофренії і має свій клінічний вираз у намаганнях перебільшити дійсний рівень інтелектуальної недостатності, скаргах на невміння орієнтуватися в життєвих ситуаціях, на різке зниження пам'яті. Особи, котрі виявляють схильність до агравации, мають обов'язкову особливість свого психічного стану, яка полягає в певній збереженості особи та наявності усвідомлення свого дефекту. Різко виражене слабоумство є саме по собі обставиною, що повністю виключає можливість агравации. Залежно від рівня інтелектуального зниження особи прикидання мають примітивний, елементарний характер, іноді ж вони, навпаки, бувають клінічно складнішими і вміщують різні прояви, типові, на думку симулюючого, для картини психічного захворювання, яке зображується.

При виявленні агравации суттєвого значення поряд із докладним клінічним дослідженням підекспертного потрібно надавати детальному ознайомленню з усією історією його минулого життя. Недоврахування анамнестичних відомостей та обґрунтування діагнозу, виходячи тільки з особливостей психічного статусу, може призвести до експертних помилок.

Сюрсимуляція, на противагу агравации, має загальною умовою виникнення значну виразність психічного дефекту і зміненість особи симулянта. Як правило, у цих хворих відсутнє усвідомлення своєї хвороби. Симульовані симптоми являють собою утворення, які не характерні для клінічної картини наявного захворювання, що певною мірою і сприяє їх розпізнанню. Найчастіше сюрсимуляція спостерігається в осіб, що страждають на шизофренію. Вона відображає властиве для шизофренічного процесу порушення психічної цілісності особи, в результаті чого поведінка хворих може приймати карикатурний характер. "Хворі на шизофренію" дуже легко "виходять з ролі", викривають штучність своєї поведінки, заявляють, що "симулювали", а тоді знов повертаються до цього ж.

Метасимуляція – свідоме зображення вже перенесеного психічного

захворювання, штучне продовження перенесеного психотичного стану. В судово-психіатричній практиці зустрічається рідше, ніж агравація. Метасимуляція найбільш розповсюджена серед осіб, які перенесли реактивні або алкогольні психози, істеричну депресію. Найчастіше відтворюються зорові та слухові галюцинації, пседодементна поведінка, скарги і прояви задухи, спазмів, порушень функцій за типом паралічу кінцівок. Гротескові мімічні та моторні прояви припиняються коли відсутній сторонній нагляд за особою, котра симулює. Суттєвою ознакою при диференціальній діагностиці цих станів є відсутність при метасимуляції характерної динаміки психопатологічних явищ, характерних для психозів, які бувають насправді. Симулянти зображують окремі епізоди психічної хвороби, а не її перебіг і динаміку клінічних проявів. На початку симуляції поведінка симулянтів буває мінливою, тому що вони стикаються з утрудненням, змінюють залежно від цього свою поведінку, а також вдавані симптоми; надалі вона стає більш постійною та завченою. В окремих випадках при виборі порівняно простих форм, симуляція може тривати дуже довго, хоча тривалість, зрештою, може бути різною.

Розпізнання симуляції. Багато способів, які рекомендуються спеціалістами для розпізнання симуляції, спрямовані на те, щоби добитися зізнання в симулятивній поведінці та відмови від неї. Однак зізнання у симуляції ще не є її доказом, коли це не підтверджується об'єктивними даними. Так, наприклад, депресивні хворі з ідеями самозвинувачення нерідко заявляють, що вони здорові, а свою неправильну поведінку пояснюють симуляцією.

Існує кілька експериментально-психологічних методів для розпізнання вдової поведінки, прикидань, які базуються на вивченні штучних помилок, що роблять симулянти в ході експериментального дослідження. Так, змушуючи симулянта діяти в незвичних і змінюваних умовах психологічного експерименту, можна за швидкістю його орієнтування, швидкістю й особливостям формування систем помилок говорити не тільки про наявність симуляції, а й про її характер (виникла симуляція у дефектної чи повноцінної особи).

Велике значення при розпізнанні симуляції мають фізичні симптоми, які супроводжують деякі психічні захворювання, тому що ці симптоми не піддаються симуляції (наприклад, симптом Арджайл-Робертсона при прогресивному паралічі, ціаноз, схуднення і розлади евакуаторних функцій при депресіях). Велику роль мають лабораторні дослідження, а допоміжне значення – також інструментальні дослідження, наприклад, електроенцефалографічні. Виявлення патологічної біоелектричної активності або її відсутності особливо важливе при симуляції епілепсії.

Певну роль відіграють в поведінці симулюючих невідповідність і непослідовність, які нерідко виявляються. Так, наприклад, зображуючи мутизм, такі особи розмовляють з іншими підекспертними, прикидаючись недоумкуватими, виявляють зацікавленість і докладне знайомство з матеріалами справи і точно враховують ситуацію.

Все ж саме клінічному методу, що включає не тільки вивчення психічного стану, а й співставляє його з даними анамнезу, як свідчить експертна практика, належить провідна роль у виявленні фактів симуляції психічних захворювань. Особливо велике значення належить аналізу структури окремих психопатологічних синдромів з урахуванням їх нозологічної приналежності, стереотипу і послідовності їх розвитку в перебіганні хвороби. При цьому для симуляції характерні нетиповість, поліморфізм симптоматики, ізольованість окремих виявлених симптомів, їх несумісність, відсутність цілісної картини якого-небудь психічного захворювання та характерної динаміки розвитку хвороби.

Дисимуляція психічного захворювання – це форма прикидань, що протилежна симуляції. Дисимуляція є навмисним приховуванням існуючих у дійсності ознак психічної хвороби. При повній дисимуляції хворі навмисне заперечують у себе наявність психічних розладів як на час обстеження, так і в минулому. При частковій дисимуляції приховують лише окремі прояви психічної хвороби, а про інші хворі можуть відверто розповісти. Частіше до цього вдаються, коли наявні психічні розлади заперечують під час обстеження, а відносять їх у минуле.

Дисимуляція найчастіше спостерігається при маячних психічних розладах. У цих випадках хворі іноді дуже вправно приховують свої параноїдні переживання для того, щоби виписатися з психіатричної лікарні, здійснити власні наміри, продиктовані маячними ідеями. Вдаючись до дисимуляції, депресивні хворі, зокрема, намагаються здійснити свої приховані суїцидальні наміри.

Дисимуляція свідчить про факт часткової збереженості критичного ставлення у хворого до своїх психічних переживань, але разом з тим і про недостатнє врахування ним усіх особливостей реальної ситуації, недостатність можливостей прогнозування наслідків свого психічного стану і вчинків.

У деяких випадках психічно хворі намагаються приховати свою хворобу і справити враження практично здорових, щоб не бути обмеженими або позбавленими своїх громадянських прав. До дисимуляції вдаються з метою уникнути госпіталізації до психіатричного закладу або для виписки з лікування при застосуванні заходів примусової госпіталізації.

Судово-психіатричну оцінку осіб, підозрюваних у симуляції, враховуючи серйозність наслідків встановлення факту такої навмисної поведінки, проводять при судово-психіатричній експертизі в стаціонарі, де існують всі умови для поглибленого клінічного, експериментально-психологічного, лабораторного і інструментального комплексного дослідження та аналізу.

Судово-психіатрична експертна оцінка здорових осіб, котрі виявляють симулятивну поведінку, не є утрудненою: вони осудні.

У випадках симуляції на патологічному ґрунті при клінічному дослідженні необхідно з'ясувати характер цього патологічного підґрунтя, визначити глибину, вираженість і прогредієнтність патологічного процесу, характер дефекту. Якщо досліджуваний є осудним, то в акті судово-психіатричної експертизи необхідно

вказувати на наявність симуляції чи агравації. В результаті такого обстеження робляться висновки не лише про діагноз психічного захворювання, а й про можливість особи розуміти характер своїх дій, керувати ними, усвідомлювати наслідки.

Питання для самоконтролю

1. Шизофренічні розлади (шизофренія).
2. Епілептичні розлади (епілепсія).
3. Психічні розлади при маніакально-депресивному психозі.
4. Психічні розлади внаслідок травм головного мозку.
5. Енцефалітичні розлади (енцефаліти).
6. Сифіліс центральної нервової системи.
7. Судинні захворювання головного мозку.
8. Психотичні розлади пізнього віку.
9. Алкоголізм, наркоманії, токсикоманії.
10. Симптоматичні психотичні розлади. ВІЛ-інфекція та розлади психіки.
11. Психопатії – розлади особистості і поведінки в дорослих.
12. Реактивні стани.
13. Виключні (виняткові) стани, короточасні розлади психіки.
14. Олігофренії.
15. Судово-психіатрична експертиза неповнолітніх.
16. Симуляція психічних розладів.

КОНТРОЛЬНІ ТЕСТИ

Тест № 10.

Знайдіть клінічні варіанти безперервно-перебіжної шизофренії серед означених нижче:

- А) злаякісна шизофренія;
- Б) нападopodobно-прогресивна;
- В) рекурентна;
- Г) шизофренія з млявим перебігом;
- Д) помірно-прогресивна (параноїдальна) шизофренія.

Тест № 11.

Коли судово-психіатричний експертний висновок про неосудність у нелікованих випадках нейросифілісу не викликає утруднень, навіть на початковій стадії розвитку такої клінічної форми, як...?

- А) сифілітична неврастенія;

- Б) менінгеальна форма;
- В) гумозна форма;
- Г) епілептиформний синдром;
- Д) прогресивний параліч.

Тест № 12.

До якого типу розладів відноситься зловживання із залежністю фенобарбіталом, барбанілом, етамінал-натрієм?

- А) наркоманій;
- Б) токсикоманій;
- В) полінаркоманій;
- Г) ускладненої наркоманії.

Тест № 13.

До якого виду симуляції відноситься такий її різновид, коли симульовані симптоми є утвореннями, що не характерні для клінічної картини наявного психічного захворювання?

- А) наступна симуляція;
- Б) істинна симуляція;
- В) агравація;
- Г) симуляція на патологічному ґрунті;
- Д) сюрсимуляція.

КОРОТКИЙ СЛОВНИК ПСИХІАТРИЧНИХ ТЕРМІНІВ

Абазія (*гр.*) – неможливість ні стояти, ні ходити при відсутності паралічу; при цьому в кінцівках зберігається повністю сила рухів.

Абсанс (*фр.*) – короткочасний розлад свідомості (на 1–2 секунди) в епілептиків; супроводжується блідістю обличчя та наступною амнезією.

Абсенція (*лат.*) – стан несвідомості.

Абстиненція (*лат.*) – стримування (від алкоголю, морфію, тютюну тощо).

Абулія (*гр.*) – патологічна слабкість волі, безвольність, значне падіння ініціативи.

Автоматизм психічний (*гр.*) – психічна діяльність без участі ясної свідомості.

Автосадизм – самокатування.

Автоскопічні галюцинації – галюцинації двійника: хворий бачить і відчуває біля себе самого себе.

Автосугестія (*гр.-лат.*) – самонавіювання.

Автотопагнозія (*гр.*) – розлад орієнтації у власному тілі: хворий не може показати, де у нього рука, вухо тощо.

Автохтонні ідеї (*гр.*) – хворі відчувають власні думки як якісь чужі, кимсь нав'язані.

Агнозія (*гр.*) – розлад пізнання.

Агорафобія (*гр.*) – побоювання площ, відкритих місць.

Агравация (*лат.*) – перебільшення пацієнтом своєї хвороби.

Аграматизм (*гр.*) – неправильна побудова мови.

Аграфія (*гр.*) – втрата здатності писати слова і літери.

Агресія (*лат.*) – напад.

Агрипнія (*лат.*) – безсоння.

Адинамія (*гр.*) – нерухливість.

Ажитация (*фр.*) – збудження.

Айхмофобія (*гр.*) – боязнь гострих предметів.

Акінезія (*гр.*) – порушення активної дії мускулів.

Акоазми (*гр.*) – елементарні слухові галюцинації (шуми, свисти, гуркіт, шипіння у вухах тощо).

Акомодація (*лат.*) – пристосування ока до різної віддалі.

Акрофобія (*гр.*) – боязнь високих місць.

Акроціаноз (*гр.*) – синюшність кінцівок.

Акустична агнозія – словесна (“душевна”) глухота.

Алалія (*гр.*) – німота без ураження слуху.

Алексія (*гр.*) – втрата здатності читати.

Алогія (*гр.*) – безрозсудність.

Альголагнія (*гр.*) – термін, що об'єднує поняття садизму і мазохізму.

Альцгаймера хвороба – старечий психоз із переважним порушенням мови.

Амавроз (*гр.*) – сліпота без видимого зовнішнього пошкодження ока.

Амбівалентність (*лат.*) – одночасне існування протилежних оцінок одного і того ж явища, факту.

Амбітендентність (*лат.*) – одночасне існування взаємно протилежних тенденцій (при шизофренії).

Аменція (*лат.*), аментивний стан – плутаність свідомості з галюцинаціями, моторним збудженням.

Амімія (*гр.*) – випадіння виразних рухів у ділянці лицевої мускулатури.

Амнезія (*гр.*) – повне випадіння з пам'яті окремих періодів минулого чи певних груп уявлень.

Амнезія антероградна – втрата пам'яті на події, що відбулися після початку хвороби.

Амнезія кататимічна – втрата пам'яті, яка виникла внаслідок сильних душевних переживань.

Амнезія ретроградна – втрата пам'яті на події, що відбулися до початку хвороби.

Амнестичний Корсаковський синдром – втрата пам'яті на поточні події, конфабуляції, неправдиві пригадування.

Аналізатори (*гр.*) – органи, які здійснюють аналіз роздратувань із внутрішнього та зовнішнього середовища; до них належать усі органи чуття (зір, слух, нюх, смак, дотик).

Анальгезія (*гр.*) – нечутливість до болю.

Ананкаст (*гр.*) – хворий, в якого виникають настирливі думки.

Ананкастичний синдром – синдром настирливих станів.

Анартрія (*гр.*) – відсутність артикуляції, тобто утворення складів і слів.

Анашизм – вид наркоманії, звикання до анаші.

Андроманія (*гр.*) – підвищене прагнення до статевого задоволення.

Андрофобія (*гр.*) – огида до заміжжя.

Анекфорії (*гр.*) – розлади пам'яті; стан, коли людина пригадує факт (подію) лише тоді, якщо їй про це нагадати.

Анерастія (*гр.*) – відсутність статевої насолоди.

Анестезія (*гр.*) – відсутність чутливості.

Анестезія психічна – понижена чи втрачена здатність реагувати на зовнішні враження.

Анізокорія (*гр.*) – нерівномірність зіниць.

Анізорефлексія (*гр.-лат.*) – різниця рефлексів на правому та лівому боках.

Анозогнозія (*гр.*) – відсутність усвідомлення своєї хвороби.

Анорексія (*лат.*) – знижений потяг до їжі.

Аносмія (*гр.*) – втрата нюху.

Антропоглоси (*гр.*) – відчуття людських голосів в органах.

Антропофобія (*гр.*) – боязнь людей.

Аористія (*гр.*) – нерішучість, вагання в думках.

- Апантропія** (гр.) – огида до суспільства.
- Апатія** (гр.) – байдужість, холодність, відсутність чуття.
- Аперантолог** (гр.) – невгамовний балакун.
- Аперсонізація** (лат.) – перенесення зовнішніх явищ і переживань інших людей на самого себе.
- Апозитія** (гр.) – огида до їжі.
- Апоплексія** (гр.) – крововилив у головний мозок, апоплексичний удар.
- Апраксія** (гр.) – неможливість для хворого зробити яку-небудь запропоновану дію.
- Апситирія** (лат.) – крайній ступінь мутизму, абсолютна німота.
- Арахноїдит** (лат.) – запалення павутинної оболонки мозку.
- Аргайл-Робертсона симптом** – відсутність реакції зіниць на світло при збереженні реакції на акомодацию і конвергенцію.
- Арефлексія** (гр.) – відсутність сухожильних і шкірних рефлексів.
- Аритмоманія** (гр.) – настирливе прагнення рахувати.
- Астенія** (гр.) – зниження тону, в'ялість, слабкість.
- Астереогноз** (гр.) – порушення здатності пізнавати предмети шляхом обмацування.
- Атаксія** (гр.) – розлад координації рухів, безладність рухів.
- Атаксія інтрапсихічна** – важкий розлад мови (мислення), відсутність внутрішньої координації психічних процесів (при шизофренії).
- Атараксія** (гр.) – вчення про душевний спокій.
- Атетоз** (гр.) – мимовільне скорочення м'язів (пальців рук, ніг).
- Атрофія** (гр.) – зменшення величини тканини чи органу, найчастіше внаслідок порушення живлення.
- Ауктор делікті** (лат.) – винуватець злочину.
- Аура** (гр.) – різноманітні симптоми на початку припадку епілепсії.
- Аутизм** (гр.) – заглиблення в себе, відгородження від зовнішнього світу (при шизофренії).
- Аутизм Каннера** – ранній дитячий артизм; виникає з першого року життя. Діти “живуть у шкаралупі”, відгороджені від оточення, “мають вираз мовчазних мудреців”. Його причиною, на думку Каннера, є недостатнє задоволення емоційних потреб дитини, порушення зв'язку мати – дитина.
- Аутистичне мислення** – мислення, відірване від дійсності; хворий не зважає на докази оточуючих.
- Афазія** (гр.) – втрата мови.
- Афазія моторна** – неможливість говорити, хоча чинить мову хворий розуміє.
- Афазія сенсорна** – нерозуміння мови.
- Афазія амнестична** – забуття назви предметів при розумінні їх вживання.
- Афект** (лат.) – бурхливо виражена емоція зі звуженням або затьмаренням свідомості.

Афект-епілепсія – судорожні припадки, зумовлені хвилюванням, афектами.

Афобія (гр.) – безстрашність.

Афонія (гр.) – беззвучність голосу.

Афродизія (гр.) – хвороблива похоть.

Базофобія (гр.) – боязнь ходити, стояти на ногах.

Балістофобія (гр.) – боязнь вогнепальної зброї.

Безплідне (хворобливе) мудрування – порушення мислення, коли хворий зайнятий розв'язуванням непотрібних питань.

Бігамія (лат.-гр.) – двоєженство.

Брадикінезія (гр.) – загальна сповільненість рухів.

Брадилалія (гр.) – повільна мова, наприклад, при паркінсонізмі.

Брадіфазія (гр.) – сповільненість мови.

Брадифренія (гр.) – загальна сповільненість психічних процесів (думок).

Булімія (гр.) – підвищений потяг до їжі, обжерливість.

Вегетативний синдром – сукупність вегетативних розладів (порушення обміну речовини, потової секреції, судинні явища тощо).

Вербальний (лат.) – словесний.

Вербігерація (лат.) – одноманітне, безглузде ритмічне повторення слів чи уривків фраз (при шизофренії).

Вісцеральні галюцинації – відчуття хворим присутності в своєму тілі, найчастіше в животі, сторонніх предметів, живих істот, нерухомих або рухливих.

Винофобія (лат.-гр.) – огида до вина.

Вихор ідей, fuga idearum (лат.) – прискорення думок (при маніакальному синдромі).

Воскова гнучкість – див. каталепсія.

Галопуючий перебіг (хвороби) – бурхливий, катастрофічно швидкий перебіг хвороби.

Галюцинація (лат.) – сприймання зорового, слухового, нюхового й інших образів без відповідних подразнень органів чуття.

Галюцинації гіпнагогічні – галюцинації, що спостерігаються в дрімотному стані, при переході зі стану неспанння в сон.

Галюцинації істинні – галюцинації сприймання, які мають характер реальності.

Галюциноз – стійкі, масові слухові галюцинації, інколи з маяченням (при алкогольному психозі).

Ганзеровський синдром – псевдодементність; форма реактивного стану, коли хворий дає безглузді відповіді на прості запитання.

Гастримаргія (гр.) – ненажерливість.

Гафальгезія (гр.) – відчуття сильного болю з тремтінням, судорогами від дотику предметів до шкіри (при істерії).

Гашишизм – вид наркоманії; куріння чи внутрішнє вживання гашишу.

Гебефренія (гр.) – стан, який характеризується пустотливістю, гримасуванням

хворих (при шизофренії).

Гедипатія (*гр.*) – стан нечутливості, приємного забуття.

Гедонізм (*гр.*) – тенденція до задоволення; вчення грецького філософа Арістіппа, згідно з яким задоволення і насолода є найбільшим благом.

Гематомієлія (*гр.*) – крововилив у речовину спинного мозку.

Гематофобія (*лат.-гр.*) – боязнь крові.

Гемерозіс (*лат.-гр.*) – угамування, облагородження культурою; угамування пристрастей.

Гемеропатія (*гр.*) – хвороба, що проявляється чи посилюється лише вдень.

Геміанестезія (*лат.-гр.*) – відсутність чутливості в одній половині тіла.

Гемікранія (*гр.*) – біль в одній половині голови (мігрень).

Геміпарез (*гр.*) – неповний параліч однієї половини тіла.

Геміплегія (*гр.*) – параліч однієї половини тіла (при атеросклерозі, сифілісі мозку, прогресивному паралічі, травмах черепа, епілепсії, істерії).

Геромаразм (*гр.*) – стареча дряхлість.

Геронтофілія (*гр.*) – статевий потяг до осіб похилого віку.

Гідрофобія (*гр.*) – боязнь води.

Гідроцефалія (*гр.*) – водянка голови.

Гімнофобія (*гр.*) – боязнь роздягання.

Гінекоманія (*гр.*) – пристрасть до жінок.

Гінекофаг (*гр.*) – ворог, ненависник жінок.

Гінекофобія (*гр.*) – боязнь жінок.

Гіпальгезія (*гр.*) – зниження больової чутливості.

Гіперакузія (*гр.*) – підвищена чутливість до звукових подразнень.

Гіперальгезія (*гр.*) – підвищення больової чутливості.

Гіперастенія (*гр.*) – вищий ступінь безсилля.

Гіперестезія (*гр.*) – підвищення шкірної чутливості.

Гіперкінези (*гр.*) – надмірні рухи (тремтіння, мимовільні скорочення м'язів пальців рук і ніг) при розгальмуванні чи подразненні підкорки.

Гіперлогія (*гр.*) – багатомовність.

Гіпермнезія (*гр.*) – підвищена здатність до запам'ятовування (при маніакальних станах).

Гіперрефлексія (*гр.*) – підвищення сухожилкових рефлексів.

Гіперсомнія (*гр.*) – сонливість.

Гіпертимія (*гр.*) – підвищений настрій.

Гіпестезія (*гр.*) – пониження чутливості.

Гіпнобат (*гр.*) – лунатик.

Гіпноїдні (гіпнотичні) фази (І. П. Павлов) – перехідні стани від нормального збудження коркових клітин до гальмування. Як правило, ефект збудження сильніший, якщо сильніше їх роздратування. У клітинах, які переходять у стан гальмування, це відношення змінюється. При цьому можуть бути такі фази: 1)

зрівняльна – сильні, і слабкі умовні подразнення дають умовний рефлекс однакової величини; 2) парадоксальна – умовні рефлекси на сильні подразнення зникають, а на слабкі зберігаються; 3) ультрапарадоксальна – на всі позитивні подразнення умовні рефлекси зникають, а при дії гальмівних умовних подразнень спостерігається позитивний ефект; 4) наркотична – падає величина всіх умовних рефлексів (на слабкі подразнення вони зникають, а на сильні зменшуються).

Гіпнолепсія (*гр.*) – сонливість, яка настає епізодично.

Гіпнопомпичні галюцинації (*гр.-лат.*) – галюцинації, що виникають при пробудженні.

Гіпокінезія (*гр.*) – бідність рухів, недостатність моторної ініціативи.

Гіпоманіакальний – слабо виражений ступінь маніакального стану.

Гіпомімія (*гр.*) – зменшення кількості мимічних рухів.

Гіпоноя (*гр.*) – “психоз недовір’я”.

Гіпопатія (*гр.*) – розлад відчуття; неправильне сприймання кислого, гіркого, солоного, коли, наприклад, усе здається солодким.

Гіффедонія (*гр.*) – неможливість переживати приємне.

Глосолалія (*гр.*) – вимова хворим безглузких сполук звуків.

Говерса симптом – розширення зіниць при освітленні (при сифілісі мозку).

Голотимічний тип маячення – маячення, що визначається почуттям хворого; наприклад, при депресії у хворого бувають ідеї самообвинувачення, гріховності.

Гоміцидальна тенденція – тенденція до вбивства людей.

Гоміцидіум каузале (*лат.*) – ненавмисне вбивство.

Гоміцидіум кольпосум або волюнтаріум (*лат.*) – зловмисне вбивство.

Гоміцидіум нецессаріум (*лат.*) – вимушене вбивство.

Гомосексуалізм (*гр.*) – статевий потяг до осіб своєї статі.

Граофілія (*гр.*) – гомосексуальний потяг жінок до старших віком.

Графоманія (*гр.*) – патологічне прагнення до писання.

Гумор патологічний – схильність до жартів, часто цинічного змісту (в хронічних алкоголіків, рідше – у хворих із пухлинами головного мозку).

Дебільність (*лат.*) – нерізко виражена розумова відсталість.

Деградація (*лат.*) – зниження.

Дежа вуке (*фр.*) – “уже пережите”; хворому здається, що те, що він переживає зараз, переживав уже раніше.

Дежа вю (*фр.*) – “уже бачене”; в хворого, який уперше бачить місцевість чи ситуацію, виникає відчуття, що все це колись він уже бачив.

Дежа реконте (*фр.*) – “уже сказане”; хворому здається, що те, що він хоче сказати, вже колись говорив.

Дезінтоксикаційна терапія – лікування, спрямоване на виділення з організму отруйних продуктів обміну (лікування гіпосульфітом, сульфозином, фізіологічним розчином, розчином глюкози й ін.).

Дезорієнтація (*фр.*) – нездатність хворого розібратися в місці, обставинах, часі;

нездатність сказати, хто він сам.

Дейтеропатія (*гр.*) – друга хвороба, що настає безпосередньо після першої.

Делікт (*лат.*) – будь-яке правопорушення, злочин; у вузькому розумінні – цивільне правопорушення, що не становить кримінально караної дії.

Делірій (*лат.*) – синдром масових, яскравих галюцинацій з дезорієнтацією в оточенні та збудженням.

Деменція (*лат.*) – недоумство (набуте внаслідок якоїсь хвороби).

Деперсоналізація (*лат.*) – розлад відчуття власного “Я”; власні думки і дії здаються чужими.

Депресія (*лат.*) – пригнічений настрій.

Дереалізація (*лат.*) – втрата сприймання реальності навколишнього світу.

Дермографізм (*лат.*) – реакція судин при подразненні шкіри.

Дефект (*лат.*) – стійке випадіння, зниження рівня.

Дизартрія (*гр.*) – утруднена, неясна мова, спотикання на складах.

Дизмнезія (*гр.*) – розлад пам’яті, коли події минулого відносяться до інших періодів життя.

Дизморфопсія (*гр.*) – розлад сприймання, коли предмети здаються хворому деформованими.

Диплопія (*гр.*) – розлад зору, коли предмети здаються подвоєними.

Дипсоманія (*гр.*) – запій, найчастіше нападами.

Дисимуляція (*лат.*) – свідоме прагнення приховувати і заперечувати хворобливі явища.

Дисмегалопсія (*гр.*) – розлад сприймання, коли хворий бачить предмети в перекрученому вигляді.

Дистимія (*гр.*) – пригнічений настрій.

Дисфорія (*гр.*) – складний симптом, при якому спостерігається нудьга, злість і страх (при епілепсії).

Домінанта (О. О. Ухтомський) – вогнище збудження, що панує в певний момент у центральній нервовій системі, має підвищену чутливість до подразнень і гальмує роботу інших нервових центрів.

Дромоманія або поріоманія (*гр.*) – настирливе прагнення до мандрівок.

Ейдетизм (*гр.*) – явище, що полягає в збереженні яскравого, наочного образу предмета тривалий час після зникнення його з поля зору.

Ейфорія (*гр.*) – підвищений настрій, почуття блаженства, задоволення, щастя.

Еквівалент епілептичний (*лат.*) – затемнення свідомості, аналогічне припадку, але без судом.

Екзальтація (*лат.*) – надто підвищений настрій, бадьоре збудження.

Екзогенний (*гр.*) – обумовлений зовнішніми причинами.

Екзофтальм (*гр.*) – витрішкуватість.

Екмнезія (*гр.*) – розлад пам’яті, коли минулі події відносяться до сучасності.

Економохвороба – епідемічний енцефаліт.

Експібіціонізм (лат.) – статеве збочення, коли хворий оголює свої статеві органи в присутності інших, у громадських місцях.

Експансивність (лат.-гр.) – насиченість почуттями позитивного тону, підвищення настрою.

Експлозивний (фр.) – запальний, вибуховий.

Екстракампінні галюцинації (лат.) – галюцинації поза полем зору.

Екфорія (гр.) – відновлення в пам'яті слідів пригадування.

Емболія мозку – закупорка мозкових судин частками тромбу (згустком крові), пухлиною та ін.

Емоція (лат.) – душевне переживання, хвилювання.

Емоційна нестриманість – слабодухість, сльози при незначному засмученні.

Ендогенний (гр.) – конституційно-спадковий.

Енурез (лат.) – нетримання сечі.

Енцефаліт (гр.) – запалення головного мозку.

Енцефалопатія (гр.) – ураження мозку (травматичне, токсичне), не зв'язане із запальним процесом.

Еретичний (лат.) – збудливий.

Еритрофобія (гр.) – боязнь почервоніти.

Еротизм (гр.) – патологічне посилення статевого потягу.

Ефебофілія (гр.) – сексуальний потяг чоловіків до хлопчиків.

Ехо-думки – стан, коли хворому здається, нібито його думки відомі іншим, хтось їх вимовляє.

Ехолалія (гр.) – повторення хворим слів, звуків, які він чує (при шизофренії).

Ехомімія (гр.) – відображення хворим міміки співрозмовника.

Ехопраксія (гр.) – повторення хворим бачених рухів (при шизофренії).

Жаргонізація (фр.) – набір слів, який може справити на слухача враження, що хворий говорить на якомусь жаргоні.

Жемуа в'ю (фр.) – “ніколи не бачене”; підвид симптому дереалізації, коли знайома хворому місцевість здається йому зовсім чужою.

Затримка мови – раптова зупинка мови внаслідок обриву думок у шизофреніків.

Зона істерогенна – ділянка тіла, натиск на яку може спричинити істеричний припадок (ділянка яєчників у жінок та ін.).

Ідеї автохтонні (гр.) – ідеї, які виникають самостійно, без бажання хворого.

Ідеї маячно-подібні – маячні ідеї, психологічно зрозумілі, що впливають із почуттів і прагнень хворого.

Ідеї надцінні – афективно насичені ідеї, що домінують у свідомості хворого і мають для нього особливу цінність.

Ідіосинкразія (гр.) – надмірна реакція організму на байдужий для інших суб'єктів подразник.

Ідіотія (гр.) – найважчий ступінь вродженого слабоумства.

Ілюзія (лат.) – збочення сприймання реальних об'єктів; наприклад, куш

сприймається як людина.

Імбецильність (лат.) – середній ступінь вродженого слабоумства.

Імперативні галюцинації (лат.) – слухові галюцинації, коли голоси наказують хворому щось зробити: не їсти, вбити когось тощо.

Імпотенція (лат.) – статеве безсилля.

Імпульсивність (лат.) – схильність до раптових, необміркованих дій.

Інволюційний (лат.) – такий, що розвивається в період старечого одряхління людини.

Індуковане божевілля або психічне зараження (лат.) – захворювання, що виникає в навколишніх осіб під впливом переживань чи висловлювань психічно хворого.

Інкогеренція (лат.) – незв'язність мислення.

Інтоксикаційні психози (лат.-гр.) – психози, спричинені отруєнням.

Інфантилізм (лат.) – фізичний недорозвиток.

Інфантилізм психічний – дитяча поведінка в дорослої людини; невідповідність психічного розвитку вікові при збереженні інтелекту.

Іпохондрія (гр.) – пригнічений стан, хворобливе зосередження уваги на неприємних відчуттях в організмі, побоювання за своє здоров'я, життя; хворий скаржиться на неіснуючі у нього чи перебільшені хворобливі явища.

Какоситія (гр.) – огида до їжі.

Карцинофобія (гр.) – боязнь захворіти на рак.

Каталепсія (гр.) – остовпіння; тривале збереження хворим наданої йому незручної пози.

Катамнез (гр.) – відомості про хворого після виписки з лікарні.

Катаплексія (гр.) – раптове різке падіння тону м'язів; хворий падає як підкошений, не втрачаючи свідомості.

Кататимічне маячення (гр.) – маячення, що розвивається в напрямку якогонебудь домінуючого переживання.

Кататонічний синдром (гр.) – сукупність таких явищ, як мутизм, негативізм, вербігерація, манерність, стереотипія, гримасування, чудернацькі пози, автоматичне підкорення, імпульсивні дії, ступор.

Кататонія люцидна – кататонія, що перебігає при ясній свідомості: хворий сприймає навколишній світ з усіма подробицями, все запам'ятовує. Бувають галюцинації, псевдогалюцинації і маячення; може спостерігатися збудження (імпульсивність) і ступор із негативізмом.

Кататонія онейроїдна – кататонія зі сновидним затьмаренням свідомості, фантастичними образами, зміненим сприйманням оточуючого. Бувають галюцинації, псевдогалюцинації і маячення; спостерігається розгублено-патетичне збудження, субступорні стани і ступор із восковидною гнучкістю.

Катестезичне маячення (гр.) – маячення, пов'язане зі зміною відчуттів тіла (при шизофренії).

Кверулянт (лат.) – сутяга; той, що несправедливо скаржиться.

Квінке ознака – тремтіння пальців, непомітне для ока; виявляється при опорі пальців хворого в долоню лікаря (при алкоголізмі).

Кенофобія (гр.) – боязнь порожніх приміщень.

Кінофобія (гр.) – боязнь собак.

Клаустрофобія (лат.-гр.) – боязнь закритих приміщень. крадіжки.

Клептофобія (гр.) – боязнь бути обкраденим.

Клонус (гр.) – ритмічне скорочення м'язів, спричинене розтягненням їх сухожилків при значному підвищенні сухожилкових рефлексів.

Кома (гр.) – непритомний стан; тяжкий розлад свідомості, коли найсильніші подразники не приводять до ясної свідомості.

Комоція (лат.) – струс мозку.

Конвергенція (лат.) – зведення обох очей, коли зорові лінії перехрещуються в точці фіксації.

Конвульсії (лат.) – судороги.

Контузія (лат.) – травма з безпосереднім ударом (забоєм).

Конфабуляція (лат.) – розповідання хворим вигаданих ним історій.

Копракразія (гр.) – нетримання калу.

Копралагнія (гр.) – статеве збудження при лизанні калу.

Копролалія (гр.) – прагнення вимовляти лайливі слова.

Копрофагія (гр.) – поїдання калу (при шизофренії).

Корофілія (гр.) – статевий потяг дорослих жінок до дівчат.

Корсаковська хвороба – алкогольний поліневритичний психоз (множинне запалення нервів) із розладами пам'яті, конфабуляціями та неправдивими пригадуваннями.

Котара синдром – маячення заперечення власного існування.

Кретинізм (фр.) – затримка росту і недорозвиток інтелекту внаслідок порушення функції щитовидної залози.

Криптомнезія (гр.) – помилки пам'яті; пригадування дійсних фактів, але настільки забутих, що вони здаються цілком новими.

Кунктація (лат.) – нерішучість.

Лабільність, функціональна рухливість (М. Є. Введенський) – швидкість протікання елементарних циклів збудження в нервовій і м'язовій тканинах організму.

Лаксизм (лат.) – занепад моральності.

Ламентация (лат.) – голосіння, плач.

Лапсус меморі (лат.) – помилка в пам'яті, забутливість.

Легіслативний (лат.) – законодавчий.

Лептоменінгіт (гр.) – запалення м'якої мозкової оболонки.

Лесбійське кохання – статевий (гомосексуальний) зв'язок у жінок.

Летаргія (гр.) – тривала глибока сплячка.

- Лібертицизм** (лат.) – знищення цивільної свободи.
- Лібідо** (лат.) – статевий потяг.
- Лігмус** (гр.) – судорожний, неприродний плач.
- Лікорексія** (гр.) – вовчий голод.
- Лімоктонія** (гр.) – самогубство голодом.
- Ліпмана феномен** – поява зорових галюцинацій, коли натискати на очні яблука (при білій гарячці в алкоголіків).
- Літофаг** (гр.) – пожирач каміння.
- Логоклонія** (гр.) – багаторазове повторення одного і того ж слова, складу, найчастіше кінцевого в слові (при прогресивному паралічі, атеросклерозі).
- Логорея** (гр.) – прискорена мова, балакучість (при маніакальних станах).
- Лунатизм** – див. сомнамбулізм.
- Мазохізм** – сексуальне збочення; хворий одержує сексуальне задоволення, коли з ним жорстоко поводить кохана особа.
- Макрологія** (гр.) – багатослівність.
- Макропсія** (гр.) – стан, коли хворий бачить предмети у дуже збільшених розмірах.
- Манерність** (фр.) – навмисне неприродна поведінка, жестикуляція та міміка (при шизофренії).
- Маніакальний стан** (гр.) – різко виражене мовне і моторне збудження, веселий настрій і переоцінка власної особи.
- Мастурбація або мануступрація** (лат.) – онанізм.
- Матеософія** (гр.) – пуста балаканина.
- Маячення** – думки та переконання хворого, що виникли на хворобливому ґрунті і не відповідають дійсності.
- Маячення ініціальне** – маячення, що виникає перед інфекційним захворюванням і в зв'язку з ним (до підвищення температури).
- Маячення інфекційне** – маячення, спричинене інфекційним захворюванням; супроводжується розладами свідомості, галюцинаціями, плутаністю думок, збудженням.
- Маячення колапсу** – маячення на фоні виснаження після важкого інфекційного захворювання.
- Маячення резидуальне** – залишки маячення в період одужання після зникнення галюцинацій.
- Медикоманія** (лат.) – пристрасть до лікування.
- Меланхолія** (гр.) – стан туги, самообвинувачення, самоприниження, розумової загальмованості, моторних актів.
- Менінгізм** (гр.) – подразнення мозкових оболонок.
- Менінгіт** (гр.) – запалення мозкових оболонок.
- Ментизм** (лат.) – вплив думок без бажання суб'єкта, часто безцільних, непотрібних.

Метагогія (*гр.*) – повторення слів.

Метаморфопсія (*гр.*) – розлад сприймання, при якому предмети сприймаються в перекрученій формі.

Метахронізм (*гр.*) – помилка в часі.

Метенцефалічні психози – психози, що розвиваються через деякий час після перенесеного епідемічного енцефаліту.

Мієліт (*гр.*) – гостре запалення спинного мозку.

Мізандрія (*гр.*) – ненависть до людей.

Мізогінія (*гр.*) – огида до жінок.

Мізопедія (*гр.*) – ненависть до дітей.

Мізопсихія (*гр.*) – огида до життя.

Мікрогірія (*гр.*) – зменшення величини звивин мозку.

Мікропсихія (*гр.*) – малодушність, боягузтво.

Мікропсія (*гр.*) – сприймання зорових об'єктів у зменшеному вигляді.

Мікроцефалія (*гр.*) – малоголовість.

Міксоскопія (*гр.*) – статеве збудження при спостереганні чужих статевих зносин.

Міоз (*гр.*) – звуження зіниці ока.

Міозит (*гр.*) – запалення м'язів.

Міоклонія (*гр.*) – раптове скорочення сипання окремих м'язів.

Мірмідон – нікчемна, але гордовита людина (від імені Мірмідона – сина Зевса).

Міфоманія (*гр.*) – хвороблива схильність до вигадок, міфів.

Модераціо пене (*лат.*) – зменшення карі.

Монахоманія (*гр.*) – пристрасне прагнення до самотнього життя.

Моноплегія (*гр.*) – параліч однієї кінцівки.

Монофобія (*гр.*) – боязнь самотності.

Морія (*гр.*) – невмотивована веселість із придуркуватістю, пустотливістю.

Морософія (*гр.*) – дурість, тупоумство.

Морс цивіліс (*лат.*) – цивільна смерть.

Морфінізм (*гр.*) – хвороблива пристрасть до морфію.

Мудрування марне – порушення мислення, коли хворий зайнятий розв'язуванням непотрібних питань.

Мушируючий або муситуючий (бурмотливий) делерій (*фр.*) – стан, який характеризується відсутністю реакції на зовнішні подразнення та збудженням; хворий щось хапає в повітрі, безтямно стягає з себе простирadlo, ковдру, перебирає їх руками, начебто знімає з тіла нитки; мова тиха, бурмотлива. Стан може перейти в сопор і кому.

Мутизм (*лат.*) – повне мовчання; хворий розуміє питання, але не може відповісти при збереженні мовного апарату.

Нарколепсія (*гр.*) – приступи сплячки або сонливості, які виникають раптово, часто після сміху, плачу.

Наркоманія (*гр.*) – патологічне прагнення до вживання наркотиків.

Нарцисизм (*гр.*) – самолюбство.

Насильний сміх, плач – мімічні рухи без відповідних емоцій, що виникають мимовільно.

Настирливі (нав'язливі) або невідступні стани (ідеї, дії, фобії, obsesії) – хворобливі явища, що оволодівають думками та діями хворого при критичному ставленні до них.

Настрій – сукупність почуттів, які людина переживає в певний час.

Неадекватна міміка – міміка, що не відповідає переживанням хворого.

Невралгія (*гр.*) – приступ болю, що виникає по ходу якого-небудь нерва.

Неврастенічна каска – відчуття важкості голови, стискання її неначе обручем (при неврастенії, астенії).

Невроз (*гр.*) – функціональний розлад діяльності нервової системи, зумовлений зовнішніми причинами.

Негативізм (*лат.*) – невмотивований опір зовнішньому впливові (негативізм пасивний); коли хворий робить протилежні вчинки, це зветься негативізмом активним.

Некросадизм (*гр.*) – прагнення до статевого задоволення шляхом осквернення трупа (в ідіотів).

Некрофілія (*гр.*) – прагнення до статевого задоволення шляхом статевих зносин з трупами (рідко в ідіотів).

Некрофобія (*гр.*) – боязнь мертвих.

Неофобія (*гр.*) – боязнь усього нового.

Нігілістичне маячення – маячення заперечення; хворий заявляє, що він помер.

Ністагм (*гр.*) – мимовільні судомні рухи очного яблука.

Нозофобія (*гр.*) – боязнь хвороби.

Ностальгія (*гр.*) – туга за батьківщиною.

Обнубіляція (*лат.*) – легке порушення свідомості; вона ніби зтягується “хмаркою”.

Обтрекатор (*лат.*) – наклепник, донощик.

Олігопсихія (*гр.*) – нестача, занепад духу в людини.

Оліготрофія (*гр.*) – поганий апетит.

Олігофазія (*гр.*) – стан, при якому хворий вживає мало слів, тому що не може пригадати інших.

Олігофренія (*гр.*) – вроджене слабоумство, психічний недорозвиток; розрізняють три її форми: дебільність, імбецильність, ідіотія.

Омніфаг (*гр.*) – людина, котра їсть усе.

Онейроїдний стан (*гр.*) – яскраві фантастичні галюцинації на фоні порушеної свідомості, коли хворий сам себе бачить, сприймає.

Оніоманія (*гр.*) – прагнення до розтринькування, марнотратства.

Онїризм (*гр.*) – сновидний стан при збереженні орієнтації; хворий сприймає образи, але знає, що вони нереальні.

Онїхофагія (*гр.*) – прагнення гризти нігті.

Ономатоманія (*гр.*) – настирливе прагнення пригадувати імена всіх бачених колись осіб.

Опістотонус (*гр.*) – судорожне вигинання тулуба назад.

Осудність – відповідальність людини за свої дії (за злочин).

Отематома (*гр.*) – кров'яна пухлина раковини вуха (при прогресивному паралічі).

Палілалія (*гр.*) – судорожне повторення хворим останнього слова чи фрази.

Палілогія (*гр.*) – повторення одних і тих же слів на початку та в кінці речення.

Панофобія (*гр.*) – переляк під час сну.

Пантофагія (*гр.*) – вживання в їжу всіх предметів.

Пантофобія (*гр.*) – боязнь усього.

Панхрестія (*гр.*) – ліки від багатьох хвороб.

Парабіоз (М. Є. Введенський) – стан збудливості тканини, що виникає під впливом сильних подразнень і характеризується втратою провідності і збудливості, тобто ознаками гальмування; тканина перебуває в стані стійкого, непохитного збудження. Стан показує діалектичну єдність процесів збудження та гальмування.

Парабулія (*гр.*) – збочення потягів

Парадоксія (*гр.*) – дивність у думках, вченні; любов до дивовижного.

Парадоксоманія (*гр.*) – незвичайне прагнення до суперечностей.

Параліч (*гр.*) – втрата можливості виконувати довільні рухи.

Паралогічне мислення – хворобливо змінене мислення, що характеризується невірною логікою.

Парамімія (*гр.*) – невідповідність виразу обличчя (міміки) переживанням хворого; наприклад, хворий говорить про свою хворобу і посміхається.

Парамнезія (*гр.*) – ілюзія пам'яті; наприклад, ніколи небачене здається знайомим.

Параноїдальний синдром – синдром маячення (переслідування, впливу тощо).

Параноя (*гр.*) – хронічне психічне захворювання, що характеризується систематичним маяченням при відносному збереженні інтелекту.

Параплегія (*гр.*) – параліч обох верхніх або обох нижніх кінцівок.

Паратимія (*гр.*) – невідповідність емоцій хворого змісту його свідомості, інтелектуальним уявленням.

Парафренія (*гр.*) – психічний розлад із маяченням, галюцинаціями без тривалого порушення інтелекту, емоцій, працездатності; вважається формою шизофренії.

Парез (*гр.*) – неповний параліч.

Парейдолія (*гр.*) – зорова ілюзія з привнесенням фантастичних подробиць до об'єкта, що сприймається; наприклад, хворий бачить на килимі голови людей, на хмарах – гори, замки тощо.

Парестезія (*гр.*) – різні тактильні відчуття, що виникають без зовнішнього впливу (заніміння, мурашки на тілі та ін.).

Паркінсонізм – скованість рухів, розлад тонусу м'язів як наслідок ураження підкоркових сірих вузлів (при епідемічному енцефаліті) – “тремтливий параліч”.

- Патогенез** (гр.) – механізм виникнення та розвитку хвороби.
- Патогноміка** (гр.) – вчення про ознаки хвороби.
- Патомімія** (гр.) – симуляція якоїсь хвороби, часто шляхом самоznівечення.
- Патофобія** (гр.) – див. нозофобія.
- Патрицидіум** (лат.) – батьковбивця.
- Пахіменінгіт** (гр.) – запалення твердої мозкової оболонки.
- Педерастія** (гр.) – статевий потяг до осіб своєї статі (у чоловіків).
- Педикатор** (гр.) – активний педераст.
- Педофілія** (гр.) – статевий потяг до дітей.
- Пена арбітрарія** (лат.) – добровільна кара, що залежить від судді та здорового розуму, а не від закону.
- Перверзія** (лат.) – статеве збочення.
- Переґріноманія** (гр.-лат.) – пристрасть до мандрівок.
- Періавтологія** (гр.) – самовихваляння.
- Персеверація** (лат.) – схильність у розмові довго залишатися в колі одних і тих же уявлень, повторювати одне і те ж.
- Персоніфікація** (лат.) – вид галюцинацій; коли хворий не лише чує, а й бачить галюцинаторний образ.
- Петефобія** (гр.) – боязнь товариства.
- Пігмаліонізм** – статевий потяг до статуй.
- Піка хвороба** – різновид старечого недоумства.
- Пікнолепсія** (гр.) – часті невеликі приступи легких судом без затьмарення свідомості (в дітей).
- Піроманія** (гр.) – настирливе прагнення підпалювати.
- Пластолог** (гр.) – брехун, дурисвіт.
- Плеоназм** (гр.) – багатослівність у мові, письмі.
- Подушка психічна (Дюпре)** – поза хворого в ліжку, коли голова тримається над подушкою (при кататонічній формі шизофренії).
- Поліандрія** (гр.) – багатомужжя.
- Поліневрит** (гр.) – множинне запалення периферійних нервів.
- Поліомієліт** (гр.) – запалення сірої речовини спинного мозку.
- Полілатія** (гр.) – захворювання декількома хворобами.
- Полінезія** (гр.) – пристрасть до пияцтва.
- Поропсія** (гр.) – розлад сприймань, коли хворому, наприклад, вулиця звичайної довжини здається надзвичайно довгою.
- Потатор** (гр.) – алкоголік.
- Потоманія** (гр.) – пияцтво.
- Пресбіофренія** (гр.) – вид старечого недоумства з розладами здатності до запам'ятовування, конфабуляціями і метушливістю.
- Пресеніум** (лат.) – передстаречий період; для нього характерні тривога, туга.
- Пропфшизофренія** (гр.) – шизофренія у дебільної особи.

Протопопова синдром – прискорення пульсу, розширення зіниць очей, запори, розлад менструацій (у жінок при циркулярному психозі).

Псевдогалюцинації – галюцинації, що не мають характеру об'єктивної реальності; голоси та привиди виникають у голові хворого, власному тілі, зі середини.

Псевдодеменція (*гр.-лат.*) – несправжнє недоумство (при психогенних реакціях, інколи як симуляція недоумства).

Псевдологія (*гр.*) – брехливість без цілеспрямованості.

Псевдоремінісценція (*гр.-лат.*) – неправдиві пригадування; заповнення стійких прогалин пам'яті вигадками.

Психастенія (*гр.*) – психічна слабкість, яка супроводжується тривогою, нерішучістю, невпевненістю в собі і настирливими думками.

Психентонія (*гр.*) – напруження, втома розумових сил яким-небудь заняттям.

Психогенний (*гр.*) – той, що виник під впливом психічних факторів; наприклад, депресія внаслідок смерті близької особи.

Психопатія (*гр.*) – аномальний, дисгармонійний розвиток особистості із загальною нестійкістю; часто супроводжується розладами емоцій і волі.

Психосенсорна епілепсія – замість судорожних випадків зненацька настають приступи галюцинацій сприймань при збереженні пізнання.

Психосенсорні розлади – перекручене сприймання при збереженні пізнання предметів.

Психрофобія (*гр.*) – боязнь холоду.

Пті маль (*фр.*) – малі випадки епілепсії без падіння на землю.

Птоз (*гр.*) – відвисання верхньої повіки при паралічі окооружного нерва.

Пуерилізм (*лат.*) – дитяча поведінка дорослої людини (при реактивних станах).

Радикуліт (*лат.*) – запалення корінців спинномозкових нервів.

Раптус меланхолійний (*гр.-лат.*) – гострий приступ нестерпної туги; хворі б'ються головою об стіну, намагаються покінчити з собою.

Реактивний стан – психічний розлад, пов'язаний із перенесеною психічною травмою, що проявляється в розладах настрою, тузі, загальмованості.

Реакція короткого замикання – негативна емоція, пов'язана з тривалою психічною травмою, характерна нібито нагромадженням емоцій (кумуляцією); може дати “вибух” емоцій із небезпечними діями.

Резидуальна епілепсія – судорожні випадки внаслідок перенесеного захворювання мозку.

Резидуальний стан – залишкові явища внаслідок перенесеної хвороби.

Резонерство (*фр.*) – безцільні міркування над простими речами і фактами.

Рейхардта феномен – поява зорових галюцинацій, коли хворий пильно дивиться на чистий аркуш паперу (при білій гарячці).

Релаксація (*лат.*) – зменшення напруження; полегшення.

Ремісія (*лат.*) – ослаблення, поліпшення перебігу хвороби.

Рефлекс (лат.) – автоматична реакція з боку організму у відповідь на зовнішнє подразнення.

Ригідність (лат.) – малорухливість.

Римована мова – прагнення хворих говорити римами (при шизофренії).

Ритуали (лат.) – настирливі рухи та дії хворих, які мають значення заклинання. Робляться всупереч розуму, щоби попередити уявне нещастя; виникають разом із фобіями, сумнівами.

Садизм (від імені маркіза де Сада, котрий хворів на статево насильство) – сексуальне збочення, при якому статево чуття задовольняється спричиненням фізичного болю іншій особі.

Сатириазіс (гр.) – хворобливе посилення статевого потягу у чоловіків (при пресенільних станах, старечому недоумстві й ін.).

Сензитивний (фр.) – надто чутливий до всього, ранимий.

Сенільний (лат.) – старечий.

Симуляція (лат.) – удавання почуттів чи певного фізичного (психічного) стану; наприклад, симуляція психічної хвороби з метою уникнути кримінальної відповідальності.

Синдром (гр.) – сукупність певних симптомів, певна їх послідовність у часі, характерна для тієї чи іншої хвороби.

Синестезія (гр.) – співвідчуття, іррадіація збудження з одного аналізатора на інший; наприклад, колірний слух, коли хворий чує певний звук чи тон та одночасно бачить його забарвлення.

Синтонний – товариський, доступний.

Сифілофобія (гр.) – боязнь зараження сифілісом.

Скандована мова – ритмічна мова (при прогресивному паралічі, розсіяному склерозі).

Скатолагнія (гр.) – поїдання екскрементів (при шизофренії, інколи при епілепсії).

Скотофобія (гр.) – боязнь темряви.

Слова останнього симптом – хворий вимовляє слово тоді, коли співрозмовник, якому він раніше зовсім не відповідав, уже відходить.

Словесна окрошка – важкий ступінь розладу мислення при шизофренії; хворий вживає безглуздий набір слів, граматично правильно побудованих.

Содомія – прагнення до статевих зносин із тваринами.

Сомнамбулізм (лат.) – ходіння під час сну; стані автоматизму, розладної свідомості сплячий здійснює складні дії, прогулянки, лізе на дах тощо, а вранці нічого не пам'ятає (при епілепсії, неврозах).

Сомнілоквія (лат.) – розмова під час сну.

Сопор (лат.) – важкий розлад свідомості, коли до стану притомності можуть привести лише дуже сильні подразники.

Спазм (гр.) – судорога, судома.

Спазмофілія (гр.) – захворювання дітей (звичайно до трьох років) у зв'язку з

порушенням обміну кальцію; супроводжується судомами.

Сплін (англ.) – нудьга, що доходить до огиди до життя.

Стазофобія (гр.) – боязнь встати з постелі.

Стан (статус) епілептичний – катастрофічне збільшення кількості припадків в епілептиків (до 100 і більше на день); загрозовий для життя.

Стенічний (гр.) – активний, сильний, насичений позитивними емоціями.

Стереотипія (гр.) – схильність до повторювання одних і тих же фраз, слів, рухів (при шизофренії у недоумкуватих).

Ступор (лат.) – “остовпіння”, зведення всіх моторних функцій до мінімуму, реакція на оточення відсутня; буває кататонічний, меланхолійний, істеричний, епілептичний, паралітичний та ін.

Сугестивність (лат.) – навіюваність.

Суїцидальні думки, дії (лат.) – думки та дії з метою покінчити життя самогубством.

Табес дорзаліс (лат.) – “сухотка” спинного мозку; хронічне сифілітичне захворювання нервової системи.

Танатофобія (гр.) – боязнь смерті.

Тахіфагія (гр.) – дуже швидка їда психічно хворого.

Тетанія (гр.) – захворювання, яке супроводжується приступами болісних судом унаслідок зменшення вмісту кальцію в крові при порушенні функції прищитовидної залози.

Тетраціні симптом – поза, при якій голова трохи закинута назад (при прогресивному паралічі).

Тік – сіпання, мимовільні короткі рухи, що виникають в одному м’язі чи групі м’язів.

Токофобія (гр.) – боязнь пологів.

Торпідність (лат.) – байдужість, в’ялість.

Транзитивізм (лат.) – хворий переносить свої власні переживання на навколишніх здорових людей (при шизофренії).

Транс (лат.) – різновидність психічного автоматизму; характеризується автоматичним виконанням складних актів поведінки (наприклад, блукання вулицями) в стані затьмареної свідомості (при епілепсії).

Трансвестизм (лат.) – хвороблива пристрасть до перевдягання, зокрема, чоловіків у жіночий одяг і навпаки з метою статевого задоволення.

Тремор (лат.) – ритмічне коливання голови, кінцівок і всього тіла в спокійному стані.

Трибадизм (лат.) – взаємний онанізм двох жінок.

Тривіальна мова (лат.) – мова, схожа на дитячу.

Туга передсердечна – почуття туги з тяжким відчуттям болісного стискання в ділянці серця (при депресіях).

Тумор (лат.) – пухлина.

- Урофобія** (*гр.*) – пристрасть до їжі.
- Фантазії маячно-подібні** – нестійке фантастичне маячення у психопатів.
- Фенгофобія** (*гр.*) – боязнь світла.
- Фетишизм** (*фр.*) – культ неживих предметів як статеве збочення.
- Флегматичний** (*гр.*) – в'ялий, сповільнений.
- Фобія** (*гр.*) – боязнь, настирливий страх.
- Фобофобія** (*гр.*) – боязнь страху.
- Фонеми** (*гр.*) – елементарні слухові галюцинації (хворий чує непевні звуки: тріск, шум тощо).
- Фотопсія** (*гр.*) – елементарні зорові галюцинації (іскри, світло й ін.).
- Фригідність** (*лат.*) – статева холодність, пониження статевої збудливості.
- Фуга** (*лат.*) – безцільні блукання в стані зміненої свідомості.
- Хоботок** – витягання губ вперед у формі хоботка (при кататонічній формі шизофренії).
- Хризоманія** (*гр.*) – пристрасть до золота.
- Ценестопатія або сенестопатія** (*гр.*) – неприємні відчуття у тілі.
- Церебрастенія** (*лат.*) – астения; неврастенічно-подібний синдром, пов'язаний із загальними мозковими симптомами функціонального виснаження після черепно-мозкової травми.
- Циклотимія** (*лат.*) – легка форма маніакально-депресивного психозу.
- Циклофренія** (*гр.*) – те саме, що й маніакально-депресивний психоз.
- Циркулярний психоз** – *див.* циклофренія.
- Шизофазія** (*гр.*) – заплутана мова зі словесними новоутвореннями та перекрученнями; осмисленість збережена.
- Шизофренія** (*гр.*) – психоз із тенденцією до хронічного перебігу та виникнення стійких змін психіки; основними розладами є рання емоційна блідість, розлад волі, мислення, розщеплення психіки.
- Ювенільний** (*лат.*) – юнацький.
- Ятрогенний невроз** (*гр.*) – невроз, обумовлений необережним зауваженням лікаря або неправильним підходом до хворого, наприклад, повідомленням без потреби про тяжку хворобу, внаслідок порушення медичної деонтології.

ЗАКОН УКРАЇНИ “ПРО ПСИХІАТРИЧНУ ДОПОМОГУ”

Цей Закон визначає правові та організаційні засади забезпечення громадян психіатричною допомогою виходячи із пріоритету прав і свобод людини і громадянина, встановлює обов’язки органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування з організації надання психіатричної допомоги та правового і соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади, регламентує права та обов’язки фахівців, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги.

Розділ I. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Стаття 1. Визначення термінів

У цьому Законі наведені нижче терміни вживаються в такому значенні:

психічні розлади – розлади психічної діяльності, визнані такими згідно з чинною в Україні Міжнародною статистичною класифікацією хвороб, травм і причин смерті;

тяжкий психічний розлад – розлад психічної діяльності (затьмарення свідомості, порушення сприйняття, мислення, волі, емоцій, інтелекту чи пам’яті), який позбавляє особу здатності адекватно усвідомлювати оточуючу дійсність, свій психічний стан і поведінку;

психіатрична допомога – комплекс спеціальних заходів, спрямованих на обстеження стану психічного здоров’я осіб на підставах та в порядку, передбачених цим Законом та іншими законами, профілактику, діагностику психічних розладів, лікування, нагляд, догляд та медико-соціальну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади;

фахівець – медичний працівник (лікар, медична сестра, фельдшер), психолог, соціальний працівник та інший працівник, який має відповідну освіту та спеціальну кваліфікацію і бере участь у наданні психіатричної допомоги;

комісія лікарів-психіатрів – два чи більше лікарів-психіатрів, які колегіально приймають рішення з питань, пов’язаних з наданням психіатричної допомоги;

психіатричний заклад – психоневрологічний, наркологічний чи інший спеціалізований заклад, центр, відділення тощо всіх форм власності, діяльність яких пов’язана з наданням психіатричної допомоги;

законні представники – батьки (усиновителі), опікуни або інші особи, уповноважені законом представляти інтереси осіб, які страждають на психічні розлади, у тому числі здійснювати захист їх прав, свобод і законних інтересів при наданні їм психіатричної допомоги;

усвідомлена згода особи – це згода, вільно висловлена особою, здатною зрозуміти інформацію, що надається доступним способом, про характер її психічного розладу та прогноз його можливого розвитку, мету, порядок та тривалість надання психіатричної допомоги, методи діагностики, лікування та лікарські засоби, що

можуть застосовуватися в процесі надання психіатричної допомоги, їх побічні ефекти та альтернативні методи лікування;

амбулаторна психіатрична допомога – психіатрична допомога, що включає в себе обстеження стану психічного здоров'я осіб на підставах та в порядку, передбачених цим Законом та іншими законами, профілактику, діагностику психічних розладів, лікування, нагляд, догляд, медико-соціальну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади, в амбулаторних умовах;

стаціонарна психіатрична допомога – психіатрична допомога, що включає в себе обстеження стану психічного здоров'я осіб на підставах та в порядку, передбачених цим Законом та іншими законами, діагностику психічних розладів, лікування, нагляд, догляд, медико-соціальну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади, і надається в стаціонарних умовах понад 24 години підряд.

Стаття 2. Законодавство України про психіатричну допомогу

Законодавство України про психіатричну допомогу базується на Конституції України і складається з Основ законодавства України про охорону здоров'я, цього Закону та інших нормативно-правових актів, прийнятих відповідно до них.

Дія цього Закону поширюється на громадян України, іноземців та осіб без громадянства, які перебувають в Україні.

Якщо міжнародним договором, згода на обов'язковість якого надана Верховною Радою України, встановлені інші правила, ніж ті, що передбачені законодавством України про психіатричну допомогу, то застосовуються правила міжнародного договору.

Стаття 3. Презумпція психічного здоров'я

Кожна особа вважається такою, яка не має психічного розладу, доки наявність такого розладу не буде встановлено на підставах та в порядку, передбачених цим Законом та іншими законами України.

Стаття 4. Принципи надання психіатричної допомоги

Психіатрична допомога надається на основі принципів законності, гуманності, додержання прав людини і громадянина, добровільності, доступності та відповідно до сучасного рівня наукових знань, необхідності й достатності заходів лікування з мінімальними соціально-правовими обмеженнями.

Стаття 5. Державні гарантії щодо забезпечення психіатричною допомогою та соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади

Держава гарантує:

фінансування надання психіатричної допомоги в обсязі, необхідному для забезпечення гарантованого рівня та належної якості психіатричної допомоги;

безоплатне надання медичної допомоги особам, які страждають на психічні розлади, у державних та комунальних закладах охорони здоров'я та безоплатне або на пільгових умовах забезпечення їх лікарськими засобами і виробами медичного призначення в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України;

грошову допомогу в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України,

малозабезпеченій особі, яка проживає разом з інвалідом I чи II групи внаслідок психічного розладу, який за висновком лікарської комісії медичного закладу потребує постійного стороннього догляду, – на догляд за ним у розмірі одного неоподаткованого мінімуму доходів громадян;

надання у державних та комунальних психіатричних закладах безоплатної діагностичної, консультативної, лікувальної, реабілітаційної допомоги в амбулаторних і стаціонарних умовах;

здійснення всіх видів експертизи психічного стану особи;

захист прав, свобод і законних інтересів осіб, які страждають на психічні розлади;

вирішення в установленому законом порядку питань опіки та піклування щодо осіб, які страждають на психічні розлади;

соціально-побутове влаштування інвалідів та осіб похилого віку, які страждають на психічні розлади, а також догляд за ними;

здобуття безоплатно відповідної освіти особами, які страждають на психічні розлади, у державних та комунальних навчальних закладах;

встановлення обов'язкових квот робочих місць на підприємствах, в установах та організаціях для працевлаштування інвалідів внаслідок психічного розладу в установленому законом порядку.

З метою забезпечення громадян різними видами психіатричної допомоги та соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади, органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування відповідно до їх повноважень:

створюють мережу психіатричних закладів та організовують надання психіатричної допомоги гарантованого рівня;

забезпечують належні умови для надання психіатричної допомоги та реалізації прав, свобод і законних інтересів осіб, які страждають на психічні розлади;

організують за спеціальними програмами безоплатне загальноосвітнє та професійно-технічне навчання осіб, які страждають на психічні розлади;

створюють лікувально-виробничі підприємства, цехи, дільниці тощо з полегшеними умовами праці для здійснення трудової реабілітації, оволодіння новими професіями та працевлаштування осіб, які страждають на психічні розлади;

організують гуртожитки та інші місця проживання для осіб, які страждають на психічні розлади і втратили соціальний зв'язок;

поліпшують житлові умови осіб, які страждають на психічні розлади, в установленому законодавством порядку;

забезпечують виконання загальнодержавних та інших програм у сфері надання психіатричної допомоги та соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади;

здійснюють відповідно до законів інші заходи щодо соціального та правового захисту осіб, які страждають на психічні розлади.

Стаття 6. Конфіденційність відомостей про стан психічного здоров'я особи та надання психіатричної допомоги

Медичні працівники, інші фахівці, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, та особи, яким у зв'язку з навчанням або виконанням професійних, службових, громадських чи інших обов'язків стало відомо про наявність у особи психічного розладу, про факти звернення за психіатричною допомогою та лікування у психіатричному закладі чи перебування в психоневрологічних закладах для соціального захисту або спеціального навчання, а також інші відомості про стан психічного здоров'я особи, її приватне життя, не можуть розголошувати ці відомості, крім випадків, передбачених частинами третьою, четвертою та п'ятою цієї статті.

Право на одержання і використання конфіденційних відомостей про стан психічного здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги має сама особа чи її законний представник.

За усвідомленою згодою особи або її законного представника відомості про стан психічного здоров'я цієї особи та надання їй психіатричної допомоги можуть передаватися іншим особам лише в інтересах особи, яка страждає на психічний розлад, для проведення обстеження та лікування чи захисту її прав і законних інтересів, для здійснення наукових досліджень, публікацій в науковій літературі, використання у навчальному процесі.

Допускається передача відомостей про стан психічного здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги без згоди особи або без згоди її законного представника для:

- 1) організації надання особі, яка страждає на тяжкий психічний розлад, психіатричної допомоги;
- 2) провадження дізнання, попереднього слідства або судового розгляду за письмовим запитом особи, яка проводить дізнання, слідчого, прокурора та суду.

У листку непрацездатності, що видається особі, яка страждає на психічний розлад, діагноз психічного розладу вписується за згодою цієї особи, а у разі її незгоди – лише причина непрацездатності (захворювання, травма або інша причина).

Забороняється без згоди особи або без згоди її законного представника та лікаря-психіатра, який надає психіатричну допомогу, публічно демонструвати особу, яка страждає на психічний розлад, фотографувати її чи робити кінозйомку, відеозапис, звукозапис та прослуховувати співбесіди особи з медичними працівниками чи іншими фахівцями при наданні їй психіатричної допомоги.

Забороняється вимагати відомості про стан психічного здоров'я особи та про надання їй психіатричної допомоги, за винятком випадків, передбачених цим Законом та іншими законами.

Документи, що містять відомості про стан психічного здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги, повинні зберігатися з додержанням умов, що гарантують конфіденційність цих відомостей. Вилучення оригіналів цих документів та їх копіювання може здійснюватися лише у випадках, встановлених законом.

Стаття 7. Діагностика психічного розладу та лікування особи, яка страждає

на психічний розлад

Діагноз психічного розладу встановлюється відповідно до загально визнаних міжнародних стандартів діагностики та Міжнародної статистичної класифікації хвороб, травм і причин смерті, прийнятих Міністерством охорони здоров'я України для застосування в Україні. Діагноз психічного розладу не може базуватися на незгоді особи з існуючими в суспільстві політичними, моральними, правовими, релігійними, культурними цінностями або на будь-яких інших підставах, безпосередньо не пов'язаних із станом її психічного здоров'я.

Методи діагностики та лікування і лікарські засоби, дозволені Міністерством охорони здоров'я України, застосовуються лише з діагностичною та лікувальною метою відповідно до характеру психічних розладів і не можуть призначатися для покарання особи, яка страждає на психічний розлад, або в інтересах інших осіб.

Забороняється визначати стан психічного здоров'я особи та встановлювати діагноз психічних розладів без психіатричного огляду особи, крім випадків проведення судово-психіатричної експертизи посмертно.

Методи діагностики та лікування і лікарські засоби, що становлять підвищений ризик для здоров'я особи, якій надається психіатрична допомога, застосовуються за призначенням і під контролем комісії лікарів-психіатрів: за усвідомленою згодою особи; щодо неповнолітнього віком до 15 років – за згодою його батьків чи іншого законного представника; щодо особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, - за згодою її опікуна.

Перелік методів діагностики та лікування і лікарських засобів, що становлять підвищений ризик для здоров'я особи, встановлюється Міністерством охорони здоров'я України.

Стаття 8. Забезпечення безпеки надання психіатричної допомоги та запобігання небезпечним діям з боку осіб, які страждають на психічні розлади

Психіатрична допомога надається в найменш обмежених умовах, що забезпечують безпеку особи та інших осіб, при додержанні прав і законних інтересів особи, якій надається психіатрична допомога.

Заходи фізичного обмеження та (або) ізоляції особи, яка страждає на психічний розлад, при наданні їй психіатричної допомоги застосовуються за призначенням та під постійним контролем лікаря-психіатра чи іншого медичного працівника, на якого власником психіатричного закладу чи уповноваженим ним органом покладені обов'язки з надання психіатричної допомоги, і застосовуються лише в тих випадках, формах і на той час, коли всіма іншими законними заходами неможливо запобігти діям особи, що являють собою безпосередню небезпеку для неї або інших осіб. Про форми та час застосування заходів фізичного обмеження та (або) ізоляції робиться запис у медичній документації. Заходи фізичного обмеження та (або) ізоляції застосовуються відповідно до правил, встановлених Міністерством охорони здоров'я України.

Органи внутрішніх справ зобов'язані подавати допомогу медичним працівникам, за їх зверненням, у разі надання психіатричної допомоги в примусовому порядку та забезпечувати безпечні умови для доступу до особи та її психіатричного огляду. Органи внутрішніх справ повинні запобігати діям з боку особи, якій надається психіатрична допомога в примусовому порядку, що загрожують життю і здоров'ю оточуючих та інших осіб, та вживати заходи щодо забезпечення схоронності залишеного без нагляду майна та житла особи, яка госпіталізується в примусовому порядку, а в разі необхідності проводити розшук особи, якій психіатрична допомога повинна надаватися в примусовому порядку.

Стаття 9. Обмеження, пов'язані з виконанням окремих видів діяльності

Особа може бути визнана тимчасово (на строк до п'яти років) або постійно непридатною внаслідок психічного розладу до виконання окремих видів діяльності (робіт, професій, служби), що можуть становити безпосередню небезпеку для неї або оточуючих.

З метою встановлення придатності особи до виконання окремих видів діяльності (робіт, професій, служби) з особливими вимогами до стану її психічного здоров'я вона підлягає обов'язковому попередньому (перед початком діяльності) та періодичним (у процесі діяльності) психіатричним оглядам. Порядок проведення попередніх і періодичних психіатричних оглядів встановлюється Кабінетом Міністрів України.

Рішення про визнання особи внаслідок психічного розладу тимчасово або постійно непридатною до виконання окремих видів діяльності (робіт, професій, служби), що можуть становити безпосередню небезпеку для неї або оточуючих, приймається відповідною лікарською комісією за участю лікаря-психіатра на підставі оцінки стану психічного здоров'я особи відповідно до переліку медичних психіатричних протипоказань і може бути оскаржено до суду.

Перелік медичних психіатричних протипоказань щодо виконання окремих видів діяльності (робіт, професій, служби), що можуть становити безпосередню небезпеку для особи або оточуючих, затверджується Кабінетом Міністрів України і підлягає періодичному (не рідше одного разу на п'ять років) перегляду.

Стаття 10. Психіатричні заклади, медичні працівники та інші фахівці, які надають психіатричну допомогу

Психіатрична допомога надається психіатричними закладами всіх форм власності, а також лікарями-психіатрами за наявності ліцензії, отриманої відповідно до законодавства. Медичні працівники, інші фахівці для допуску до роботи з особами, які страждають на психічні розлади, повинні пройти спеціальну підготовку та підтвердити свою кваліфікацію в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Професійна підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації медичних працівників, інших фахівців, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, здійснюються відповідно до законодавства.

Розділ II. ВИДИ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ, ПІДСТАВИ ТА ПОРЯДОК ЇЇ НАДАННЯ

Стаття 11. Психіатричний огляд

Психіатричний огляд проводиться з метою з'ясування наявності чи відсутності в особи психічного розладу, потреби в наданні їй психіатричної допомоги, а також для вирішення питання про вид такої допомоги та порядок її надання.

Психіатричний огляд проводиться лікарем-психіатром на прохання або за усвідомленою згодою особи; щодо неповнолітнього віком до 15 років – на прохання або за згодою його батьків чи іншого законного представника; щодо особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, – на прохання або за згодою її опікуна. У разі незгоди одного із батьків чи відсутності батьків або іншого законного представника психіатричний огляд неповнолітнього здійснюється за рішенням (згодою) органів опіки та піклування, яке може бути оскаржено до суду.

Психіатричний огляд особи може бути проведено без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника у випадках, коли одержані відомості дають достатні підстави для обґрунтованого припущення про наявність у особи тяжкого психічного розладу, внаслідок чого вона:

вчиняє чи виявляє реальні наміри вчинити дії, що являють собою безпосередню небезпеку для неї чи оточуючих, або

неспроможна самостійно задовольняти свої основні життєві потреби на рівні, який забезпечує її життєдіяльність, або

завдасть значної шкоди своєму здоров'ю у зв'язку з погіршенням психічного стану у разі ненадання їй психіатричної допомоги.

Рішення про проведення психіатричного огляду особи без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника приймається лікарем-психіатром за заявою, яка містить відомості, що дають достатні підстави для такого огляду. Із заявою можуть звернутися родичі особи, яка підлягає психіатричному огляду, лікар, який має будь-яку медичну спеціальність, інші особи.

Заява про психіатричний огляд особи без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника повинна бути подана у письмовій формі та містити відомості, що обґрунтовують необхідність психіатричного огляду і вказують на відмову особи чи її законного представника від звернення до лікаря-психіатра. Лікар-психіатр має право робити запит щодо надання йому додаткових медичних та інших відомостей, необхідних для прийняття відповідного рішення.

У невідкладних випадках, коли за одержаними відомостями, що дають достатні підстави для обґрунтованого припущення про наявність у особи тяжкого психічного розладу, внаслідок чого вона: вчиняє чи виявляє реальні наміри вчинити дії, що являють собою безпосередню небезпеку для неї чи оточуючих, або неспроможна самостійно задовольняти свої основні життєві потреби на рівні, який забезпечує її життєдіяльність, заява про психіатричний огляд особи може бути усною. У цих

випадках рішення про проведення психіатричного огляду особи без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника приймається лікарем-психіатром самостійно і психіатричний огляд проводиться ним негайно.

У випадках, коли відсутні дані, що свідчать про наявність обставин, передбачених абзацами другим та третім частини третьої цієї статті, заява повинна бути подана у письмовій формі та містити відомості, що обґрунтовують необхідність проведення такого огляду. У разі встановлення обґрунтованості заяви про психіатричний огляд особи без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника лікар-психіатр направляє до суду за місцем проживання цієї особи заяву про проведення психіатричного огляду особи в примусовому порядку. До заяви додається висновок лікаря-психіатра, який містить обґрунтування про необхідність проведення такого огляду, та інші матеріали. Психіатричний огляд особи проводиться лікарем-психіатром у примусовому порядку за рішенням суду.

Лікар-психіатр перед проведенням психіатричного огляду зобов'язаний відрекомендуватися особі, яка підлягає огляду, або її законному представнику як лікар-психіатр, назвати своє прізвище, місце роботи та викласти мету огляду.

Дані психіатричного огляду з висновком про стан психічного здоров'я особи, а також причини звернення до лікаря-психіатра та медичні рекомендації фіксуються у медичній документації.

Умисне подання заяви про психіатричний огляд особи, що містить явно неправдиві або неточні відомості щодо стану психічного здоров'я цієї особи, тягне за собою відповідальність, передбачену законом.

Стаття 12. Амбулаторна психіатрична допомога

Амбулаторна психіатрична допомога надається лікарем-психіатром на прохання або за усвідомленою згодою особи; щодо неповнолітнього віком до 15 років – на прохання або за згодою його батьків чи іншого законного представника; щодо особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, – на прохання або за згодою її опікуна. У разі незгоди одного із батьків чи відсутності батьків або іншого законного представника амбулаторна психіатрична допомога неповнолітньому здійснюється за рішенням (згодою) органів опіки та піклування, яке може бути оскаржено до суду.

Амбулаторна психіатрична допомога може надаватися без усвідомленої згоди особи або без згоди її законного представника у разі встановлення у неї тяжкого психічного розладу, внаслідок чого вона завдасть значної шкоди своєму здоров'ю у зв'язку з погіршенням психічного стану у разі ненадання їй психіатричної допомоги. Амбулаторна психіатрична допомога особі без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника надається лікарем-психіатром в примусовому порядку за рішенням суду.

Питання про надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку вирішується судом за місцем проживання особи. Заява про надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку направляється до

суду лікарем-психіатром. До заяви, в якій повинні бути викладені підстави для надання особі амбулаторної психіатричної допомоги без її усвідомленої згоди та без згоди її законного представника, передбачені частиною другою цієї статті, додається висновок лікаря-психіатра, який містить обґрунтування про необхідність надання особі такої допомоги.

Особа, якій надається амбулаторна психіатрична допомога в примусовому порядку, повинна оглядатися лікарем-психіатром не рідше одного разу на місяць, а комісією лікарів-психіатрів – не рідше одного разу на 6 місяців для вирішення питання про продовження чи припинення надання їй такої допомоги.

У разі необхідності продовження надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку понад 6 місяців лікар-психіатр повинен надіслати до суду за місцем проживання особи заяву про продовження надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку. До заяви, в якій повинні бути викладені підстави надання особі амбулаторної психіатричної допомоги без її усвідомленої згоди та без згоди її законного представника, передбачені частиною другою цієї статті, додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який містить обґрунтування про необхідність продовження надання особі такої допомоги. В подальшому продовження надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку проводиться кожного разу на строк, який не може перевищувати 6 місяців.

У разі погіршення стану психічного здоров'я особи, якій надається амбулаторна психіатрична допомога в примусовому порядку, та ухилення від виконання цією особою або її законним представником рішення суду про надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку психіатрична допомога може надаватися на підставах та в порядку, передбачених статтями 14, 16 і 17 цього Закону.

Надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку припиняється за рішенням комісії лікарів-психіатрів у разі видужання особи або такої зміни стану її психічного здоров'я, що не потребує надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку, або за рішенням суду про відмову в продовженні надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку.

Клопотання про припинення надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку може направлятися до суду особою, якій надається ця допомога, або її законним представником через 3 місяці з часу ухвалення судом рішення про надання або продовження надання особі такої допомоги.

Стаття 13. Госпіталізація особи до психіатричного закладу

Особа госпіталізується до психіатричного закладу добровільно – на її прохання або за її усвідомленою згодою. Неповнолітній віком до 15 років госпіталізується до психіатричного закладу на прохання або за згодою його батьків чи іншого законного представника. Особа, визнана у встановленому законом порядку недієздатною,

госпіталізується до психіатричного закладу на прохання або за згодою її опікуна. У разі незгоди одного із батьків або відсутності батьків чи законного представника госпіталізація неповнолітнього до психіатричного закладу проводиться за рішенням (згодою) органу опіки та піклування, яке може бути оскаржено до суду. Згода на госпіталізацію фіксується у медичній документації за підписом особи або її законного представника та лікаря-психіатра.

Госпіталізація особи у випадках, передбачених частиною першою цієї статті, здійснюється за рішенням лікаря-психіатра.

Особа може бути госпіталізована до психіатричного закладу в примусовому порядку на підставах, передбачених статтею 14 цього Закону, а також у випадках проведення експертизи стану психічного здоров'я особи або застосування до особи, яка страждає на психічний розлад і вчинила суспільно небезпечне діяння, примусового заходу медичного характеру на підставах та в порядку, передбачених законами України.

Стаття 14. Підстави для госпіталізації особи до психіатричного закладу в примусовому порядку

Особа, яка страждає на психічний розлад, може бути госпіталізована до психіатричного закладу без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника, якщо її обстеження або лікування можливі лише в стаціонарних умовах, та при встановленні в особи тяжкого психічного розладу, внаслідок чого вона:

вчиняє чи виявляє реальні наміри вчинити дії, що являють собою безпосередню небезпеку для неї чи оточуючих, або

неспроможна самотійно задовольняти свої основні життєві потреби на рівні, який забезпечує її життєдіяльність.

Стаття 15. Огляд неповнолітнього віком до 15 років та особи, визнаної недієздатною, госпіталізованих до психіатричного закладу на прохання або за згодою їх законних представників

Неповнолітній віком до 15 років та особа, визнана у встановленому законом порядку недієздатною, госпіталізовані до психіатричного закладу на прохання або за згодою їх законних представників, підлягають обов'язковому протягом 48 годин з часу госпіталізації огляду комісією лікарів-психіатрів психіатричного закладу для прийняття рішення про необхідність подальшого перебування цих осіб у психіатричному закладі та надання їм стаціонарної психіатричної допомоги.

При подальшому перебуванні в психіатричному закладі зазначені в цій статті особи підлягають огляду комісією лікарів-психіатрів не рідше одного разу на місяць для вирішення питання про необхідність продовження чи припинення надання їм стаціонарної психіатричної допомоги.

У разі виявлення комісією лікарів-психіатрів зловживань, допущених законними представниками неповнолітнього віком до 15 років або особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, власник психіатричного закладу або

уповноважений ним орган повідомляє про це органи опіки та піклування за місцем проживання особи, яку було госпіталізовано.

Стаття 16. Огляд осіб, госпіталізованих до психіатричного закладу в примусовому порядку

Особа, яку було госпіталізовано до психіатричного закладу за рішенням лікаря-психіатра на підставах, передбачених статтею 14 цього Закону, підлягає обов'язковому протягом 24 годин з часу госпіталізації огляду комісією лікарів-психіатрів психіатричного закладу для прийняття рішення про доцільність госпіталізації. У випадку, коли госпіталізація визнається недоцільною і особа не висловлює бажання залишитися в психіатричному закладі, ця особа підлягає негайній виписці.

У випадках, коли госпіталізація особи до психіатричного закладу в примусовому порядку визнається доцільною, представник психіатричного закладу, в якому перебуває особа, протягом 24 годин направляє до суду за місцем знаходження психіатричного закладу заяву про госпіталізацію особи до психіатричного закладу в примусовому порядку на підставах, передбачених статтею 14 цього Закону.

До заяви, в якій повинні бути викладені підстави госпіталізації особи до психіатричного закладу в примусовому порядку, передбачені статтею 14 цього Закону, додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який містить обґрунтування про необхідність такої госпіталізації.

До винесення судом рішення лікування може проводитися за рішенням лікаря-психіатра (комісії лікарів-психіатрів).

Керівник психіатричного закладу зобов'язаний негайно повідомити про госпіталізацію особи до психіатричного закладу в примусовому порядку членів її сім'ї, інших родичів або її законного представника. У разі відсутності відомостей про наявність членів сім'ї, інших родичів або законного представника в особи, яку госпіталізовано, а також про їх місце проживання повідомляються органи внутрішніх справ за місцем проживання цієї особи.

Стаття 17. Продовження госпіталізації особи в примусовому порядку

Перебування особи в психіатричному закладі в примусовому порядку може здійснюватися лише протягом часу наявності підстав, за якими було проведено госпіталізацію.

Особа, яку було госпіталізовано до психіатричного закладу в примусовому порядку, повинна оглядатися комісією лікарів-психіатрів не рідше одного разу на місяць з метою встановлення наявності підстав для продовження чи припинення такої госпіталізації.

У разі необхідності продовження госпіталізації в примусовому порядку понад 6 місяців представник психіатричного закладу повинен направити до суду за місцем знаходження психіатричного закладу заяву про продовження такої госпіталізації. До заяви, в якій повинні бути викладені підстави госпіталізації особи до психіатричного закладу в примусовому порядку, передбачені статтею 14 цього Закону, додається

висновок комісії лікарів-психіатрів, який містить обґрунтування про необхідність продовження такої госпіталізації. В подальшому продовження госпіталізації особи в психіатричному закладі проводиться кожного разу на строк, який не може перевищувати 6 місяців.

Клопотання про припинення госпіталізації в примусовому порядку можуть направлятися до суду особою, яку було госпіталізовано в примусовому порядку, або її законним представником через кожні 3 місяці з часу ухвалення судом рішення про продовження такої госпіталізації.

Стаття 18. Виписка особи з психіатричного закладу

Виписка з психіатричного закладу здійснюється у разі завершення обстеження чи експертизи психічного стану особи або видужання особи чи такої зміни стану її психічного здоров'я, що не потребує подальшого лікування в стаціонарних умовах. Виписка особи, добровільно госпіталізованої до психіатричного закладу, здійснюється за письмовою заявою цієї особи або її законного представника чи за рішенням лікаря-психіатра.

Особі, яку було госпіталізовано до психіатричного закладу добровільно, або її законному представнику може бути відмовлено у виписці цієї особи з психіатричного закладу, якщо комісією лікарів-психіатрів будуть встановлені підстави госпіталізації в примусовому порядку, передбачені статтею 14 цього Закону. У цьому випадку питання про госпіталізацію особи в примусовому порядку, продовження госпіталізації та виписка вирішуються відповідно до статей 16 і 17, частин другої та третьої статті 22 цього Закону та частини третьої цієї статті.

Виписка особи, яку було госпіталізовано до психіатричного закладу в примусовому порядку, здійснюється за рішенням комісії лікарів-психіатрів або за рішенням суду про відмову в продовженні такої госпіталізації.

Виписка особи, яка вчинила суспільно небезпечні діяння та щодо якої судом було застосовано примусові заходи медичного характеру, здійснюється за рішенням суду.

Стаття 19. Примусові заходи медичного характеру

Примусові заходи медичного характеру застосовуються за рішенням суду у випадках та в порядку, встановлених Кримінальним, Кримінально-процесуальним кодексами України, цим Законом та іншими законами.

За рішенням суду застосовуються такі примусові заходи медичного характеру:

- 1) надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку;
- 2) госпіталізація до психіатричного закладу із звичайним наглядом;
- 3) госпіталізація до психіатричного закладу з посиленням наглядом;
- 4) госпіталізація до психіатричного закладу з суворим наглядом.

Продовження, зміна або припинення застосування примусових заходів медичного характеру здійснюються судом за заявою представника психіатричного закладу (лікаря-психіатра), який надає особі таку психіатричну допомогу, на підставі висновку комісії лікарів-психіатрів.

Особі, до яких застосовані примусові заходи медичного характеру, підлягають

огляду комісією лікарів-психіатрів не рідше одного разу на 6 місяців для вирішення питання про наявність підстав для звернення до суду із заявою про припинення або про зміну застосування такого заходу. У разі відсутності підстав для припинення або зміни застосування примусового заходу медичного характеру представник психіатричного закладу (лікар-психіатр), який надає особі таку психіатричну допомогу, направляє до суду заяву, до якої додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який містить обґрунтування про необхідність продовження застосування примусового заходу медичного характеру. У разі необхідності продовження застосування примусового заходу медичного характеру понад 6 місяців представник психіатричного закладу (лікар-психіатр), який надає особі таку психіатричну допомогу, повинен направити до суду за місцем знаходження психіатричного закладу заяву про продовження застосування примусового заходу медичного характеру. До заяви додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який містить обґрунтування про необхідність продовження надання особі такої психіатричної допомоги. В подальшому продовження застосування примусового заходу медичного характеру проводиться кожного разу на строк, який не може перевищувати 6 місяців.

Питання про зміну або припинення застосування примусового заходу медичного характеру вирішується судом у разі такої зміни стану психічного здоров'я особи, за якої відпадає необхідність застосування раніше призначеного заходу або виникає необхідність у призначенні іншого примусового заходу медичного характеру.

Стаття 20. Експертиза психічного стану особи

Експертиза психічного стану особи (медико-соціальна експертиза втрати працездатності, військово-лікарська та інші) проводиться на підставах та в порядку, передбачених законами та прийнятими відповідно до них іншими нормативно-правовими актами.

Стаття 21. Судово-психіатрична експертиза

Судово-психіатрична експертиза з адміністративних, кримінальних і цивільних справ призначається і проводиться на підставах та в порядку, передбачених законом.

Стаття 22. Порядок судового розгляду заяв про надання психіатричної допомоги в примусовому порядку

Заява лікаря-психіатра про проведення психіатричного огляду особи в примусовому порядку розглядається судом за місцем проживання цієї особи у триденний строк з дня її надходження.

Заява представника психіатричного закладу про госпіталізацію особи до психіатричного закладу в примусовому порядку розглядається судом за місцем знаходження психіатричного закладу протягом 24 годин з дня її надходження.

Заяви лікаря-психіатра про надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку, про продовження надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку розглядаються судом за місцем проживання особи у десятиденний строк з дня їх надходження. Заяви представників психіатричних закладів про продовження госпіталізації в примусовому порядку розглядаються

судом за місцем знаходження психіатричного закладу у десятиденний строк з дня їх надходження.

Судові справи щодо надання психіатричної допомоги в примусовому порядку розглядаються в присутності особи, щодо якої вирішується питання про надання їй такої допомоги. Участь при розгляді цих справ прокурора, лікаря-психіатра чи представника психіатричного закладу, що подав заяву, та законного представника осіб, щодо яких розглядаються питання, пов'язані з наданням їм психіатричної допомоги, є обов'язковою.

Стаття 23. Поміщення особи до психоневрологічного закладу для соціального захисту або спеціального навчання

Підставою для поміщення особи, яка страждає на психічний розлад, до психоневрологічного закладу для соціального захисту є особиста заява особи та висновок лікарської комісії за участю лікаря-психіатра; для неповнолітнього віком до 18 років або особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, – заява батьків або іншого законного представника та рішення органу опіки та піклування, прийняте на підставі висновку лікарської комісії за участю лікаря-психіатра. Висновок повинен містити відомості про наявність у особи психічного розладу та необхідність утримання її в психоневрологічному закладі для соціального захисту.

Органи опіки та піклування повинні вживати заходів для охорони майнових інтересів особи, яка перебуває в психоневрологічному закладі для соціального захисту.

Підставою для поміщення до психоневрологічного закладу для спеціального навчання неповнолітнього віком до 18 років, який страждає на психічний розлад, є заява його батьків чи іншого законного представника та висновок комісії за участю лікаря-психіатра, психолога і педагога. Висновок повинен містити відомості про наявність у неповнолітнього психічного розладу та необхідність його навчання в умовах психоневрологічного закладу для спеціального навчання.

Власник психоневрологічного закладу для соціального захисту або спеціального навчання чи уповноважений ним орган зобов'язаний не рідше одного разу на рік організовувати проведення огляду осіб, які перебувають у них, лікарською комісією за участю лікаря-психіатра, комісією за участю лікаря-психіатра, психолога і педагога з метою вирішення питання щодо подальшого їх утримання у цих закладах або щодо можливості перегляду рішень про недієздатність тих, хто такими визнаний.

Стаття 24. Переведення і виписка з психоневрологічного закладу для соціального захисту або спеціального навчання

Переведення особи з психоневрологічного закладу для соціального захисту або спеціального навчання до будинку-інтернату (пансіонату) для громадян похилого віку та інвалідів або до навчального закладу іншого типу здійснюється на підставі висновку лікарської комісії за участю лікаря-психіатра, комісії за участю лікаря-

психіатра, психолога і педагога про відсутність медичних показань для проживання особи у психоневрологічному закладі для соціального захисту або спеціального навчання.

Підставою для виписки особи з психоневрологічного закладу для соціального захисту або спеціального навчання є:

особиста заява особи за наявності висновку комісії лікарів-психіатрів про можливість особи задовольняти свої основні життєві потреби;

письмова заява законного представника неповнолітнього віком до 18 років або особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, із зобов'язанням здійснення необхідного догляду;

рішення суду про незаконне поміщення особи до психоневрологічного закладу для соціального захисту або спеціального навчання.

Розділ III. ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВ ОСІБ ПРИ НАДАННІ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Стаття 25. Права осіб, яким надається психіатрична допомога

Особи, яким надається психіатрична допомога, мають права і свободи громадян, передбачені Конституцією України та законами України. Обмеження їх прав і свобод допускається лише у випадках, передбачених Конституцією України, відповідно до законів України.

Особи, яким надається психіатрична допомога, можуть піклуватися про захист своїх прав та свобод особисто або через своїх представників у порядку, встановленому Цивільним кодексом України, Цивільним процесуальним кодексом України та іншими законами України.

Особи, яким надається психіатрична допомога, мають право на:

поважливе і гуманне ставлення до них, що виключає приниження честі й гідності людини;

отримання інформації про свої права, пов'язані з наданням психіатричної допомоги;

одержання психіатричної та соціальної допомоги в умовах, що відповідають вимогам санітарного законодавства;

відмову від надання психіатричної допомоги, за винятком випадків її надання в примусовому порядку, передбаченому законом;

усі види медико-санітарної допомоги (у тому числі санаторно-курортне лікування) за медичними показаннями;

одержання психіатричної допомоги в найменш обмежених, відповідно до їх психічного стану, умовах, якщо можливо, за місцем проживання цих осіб, членів їх сім'ї, інших родичів або законних представників;

утримання в психіатричному закладі лише протягом строку, необхідного для обстеження та лікування;

попередню згоду або відмову в будь-який час від застосування нових методів

діагностики і лікування та лікарських засобів чи від участі у навчальному процесі;
безпе́чність надання психіатричної допомоги;

безоплатне надання медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, а також безоплатне або на пільгових умовах забезпечення лікарськими засобами та виробами медичного призначення в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України;

безоплатну юридичну допомогу з питань, пов'язаних з наданням їм психіатричної допомоги;

альтернативний, за власним бажанням, психіатричний огляд та залучення до участі в роботі комісії лікарів-психіатрів з питань надання психіатричної допомоги будь-якого фахівця, який бере участь у наданні психіатричної допомоги, за погодженням з ним;

збереження права на жиле приміщення за місцем їх постійного проживання протягом часу надання їм стаціонарної психіатричної допомоги;

особисту участь у судових засіданнях при вирішенні питань, пов'язаних з наданням їм психіатричної допомоги та обмеженням у зв'язку з цим їх прав;

відшкодування заподіяної їм шкоди або шкоди їх майну внаслідок незаконного поміщення до психіатричного закладу чи психоневрологічного закладу для соціального захисту або спеціального навчання чи внаслідок незабезпечення безпечних умов надання психіатричної допомоги або розголошення конфіденційних відомостей про стан психічного здоров'я і надання психіатричної допомоги;

одержання винагороди за фактично виконану роботу нарівні з іншими громадянами.

Особи під час перебування у психіатричному закладі мають право на:

спілкування з іншими особами, в тому числі з адвокатом або іншим законним представником, без присутності сторонніх осіб згідно з правилами внутрішнього розпорядку психіатричного закладу;

повідомлення будь-якої особи за своїм вибором про надання їм психіатричної допомоги;

забезпечення таємниці листування при відправці та отриманні будь-якої кореспонденції;

доступ до засобів масової інформації;

дозвілля, заняття творчою діяльністю;

відправлення релігійних обрядів, додержання релігійних канонів;

звернення безпосередньо до керівника або завідуючого відділенням психіатричного закладу з питань надання психіатричної допомоги, виписки з психіатричного закладу та додержання прав, передбачених цим Законом;

допомогу по загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню або пенсію згідно з законодавством.

Особи під час перебування у психіатричному закладі мають також права, які за рішенням лікаря-психіатра (комісії лікарів-психіатрів) в інтересах захисту їх

здоров'я чи безпеки, а також в інтересах здоров'я або безпеки інших осіб можуть бути обмежені:

- приймати відвідувачів наодинці;
- придбавати і використовувати предмети повсякденного вжитку;
- перебувати на самоті.

Рішення про обмеження прав осіб, яким надається психіатрична допомога, фіксується у медичній документації із зазначенням строку його дії та може бути оскаржено до суду.

Забороняється залучення осіб, яким надається психіатрична допомога, до примусової праці.

Стаття 26. Інформація про стан психічного здоров'я особи та надання психіатричної допомоги

Лікар-психіатр зобов'язаний пояснити особі, якій надається психіатрична допомога, з урахуванням її психічного стану, у доступній формі інформацію про стан її психічного здоров'я, прогноз можливого розвитку захворювання, про застосування методів діагностики та лікування, альтернативні методи лікування, можливий ризик та побічні ефекти, умови, порядок і тривалість надання психіатричної допомоги, її права та передбачені цим Законом можливі обмеження цих прав при наданні психіатричної допомоги. Право на одержання зазначеної інформації щодо неповнолітнього віком до 15 років та особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, мають їх законні представники.

Особа при наданні їй психіатричної допомоги або її законний представник має право на ознайомлення з історією хвороби та іншими документами, а також на отримання в письмовому вигляді будь-яких рішень щодо надання їй психіатричної допомоги.

У випадках, коли повна інформація про стан психічного здоров'я особи може завдати шкоди її здоров'ю або призвести до безпосередньої небезпеки для інших осіб, лікар-психіатр або комісія лікарів-психіатрів можуть таку інформацію обмежити. У цьому разі лікар-психіатр або комісія лікарів-психіатрів інформує законного представника особи, враховуючи особисті інтереси особи, якій надається психіатрична допомога. Про надану інформацію або її обмеження робиться запис у медичній документації.

Стаття 27. Професійні права, обов'язки та пільги лікаря-психіатра, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, у тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади

Професійні права, обов'язки лікаря-психіатра, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, у тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади, при наданні психіатричної допомоги встановлюються Основами законодавства України про охорону здоров'я, цим Законом та іншими законами. Лікар-психіатр, інші працівники, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, в тому числі здійснюють догляд за особами, які

страждають на психічні розлади, мають право на пільги, встановлені законодавством України для осіб, зайнятих на важких роботах та з шкідливими і небезпечними умовами праці.

Виключно компетенцією лікаря-психіатра або комісії лікарів-психіатрів є встановлення діагнозу психічного захворювання, прийняття рішення про необхідність надання психіатричної допомоги в примусовому порядку або надання висновку для розгляду питання, пов'язаного з наданням психіатричної допомоги в примусовому порядку.

При наданні психіатричної допомоги лікар-психіатр, комісія лікарів-психіатрів незалежні у своїх рішеннях і керуються лише медичними показаннями, своїми професійними знаннями, медичною етикою та законом.

Лікар-психіатр, комісія лікарів-психіатрів несуть відповідальність за прийняті ними рішення відповідно до закону.

Рішення, прийняте лікарем-психіатром або комісією лікарів-психіатрів при наданні психіатричної допомоги, викладається у письмовій формі та підписується лікарем-психіатром або комісією лікарів-психіатрів.

Лікар-психіатр, комісія лікарів-психіатрів мають право відмовити у наданні психіатричної допомоги у разі відсутності підстав для її надання. Відмова у наданні психіатричної допомоги із зазначенням її причин фіксується у медичній документації за підписом особи чи її законного представника та лікаря-психіатра або комісії лікарів-психіатрів.

Лікар-психіатр, інші працівники, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, мають право на конфіденційність відомостей про своє місце проживання, склад сім'ї, номер домашнього телефону тощо.

Стаття 28. Обов'язкове страхування працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, в тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади

Працівники, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, в тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади, на випадок заподіяння шкоди їх здоров'ю або смерті, пов'язаних з виконанням ними службових обов'язків, підлягають державному обов'язковому страхуванню. Перелік цих працівників та порядок їх страхування встановлюються Кабінетом Міністрів України.

Стаття 29. Обов'язки власника психіатричного закладу або уповноваженого ним органу

Власник психіатричного закладу або уповноважений ним орган зобов'язаний:
створювати необхідні умови для надання психіатричної допомоги та правового захисту осіб, яким надається психіатрична допомога;
забезпечувати осіб, яким надається психіатрична допомога, психіатричною допомогою гарантованого рівня та іншою необхідною медичною допомогою;
знайомити осіб, яким надається психіатрична допомога, або їх законних

представників із законодавством про психіатричну допомогу, правилами внутрішнього розпорядку психіатричного закладу, а також адресами та телефонами відповідних органів державної влади, органів місцевого самоврядування та їх посадових осіб, громадських організацій, до яких може звернутися особа у разі порушення її прав;

здійснювати захист прав і законних інтересів осіб, визнаних у встановленому законом порядку недієздатними, які не мають законного представника;

створювати умови для дозвілля осіб, яким надається психіатрична допомога;

своєчасно інформувати членів сім'ї, інших родичів або законних представників чи інших осіб (за вибором осіб, яким надається психіатрична допомога) про стан їх здоров'я та перебування у психіатричному закладі;

створювати безпечні умови надання психіатричної допомоги;

забезпечувати виконання вимог санітарного законодавства;

забезпечувати належні умови праці фахівців та інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, в тому числі здійснюють догляд за особами, яким надається психіатрична допомога;

виконувати інші обов'язки, пов'язані з наданням психіатричної допомоги, передбачені законом.

Розділ IV. КОНТРОЛЬ І НАГЛЯД ЗА ДІЯЛЬНІСТЮ З НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Стаття 30. Контроль за діяльністю з надання психіатричної допомоги

Державний контроль за діяльністю психіатричних закладів усіх форм власності та фахівців, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, здійснюють у межах своїх повноважень Міністерство охорони здоров'я України, інші відповідні центральні органи виконавчої влади.

Місцеві органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування у межах своїх повноважень здійснюють контроль за діяльністю психіатричних закладів усіх форм власності та фахівців, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, а також контроль за виконанням своїх обов'язків законними представниками.

Громадський контроль за діяльністю психіатричних закладів усіх форм власності незалежно від їх підпорядкування та за фахівцями, іншими працівниками, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, здійснюється об'єднаннями громадян у межах їх компетенції відповідно до законодавства України про об'єднання громадян.

Представники об'єднань громадян можуть відвідувати психіатричний заклад відповідно до вимог, встановлених правилами внутрішнього розпорядку цього закладу.

Стаття 31. Нагляд за додержанням і застосуванням законів при наданні психіатричної допомоги

Нагляд за додержанням і застосуванням законів при наданні психіатричної

допомоги здійснюється Генеральним прокурором України та підпорядкованими йому прокурорами відповідно до закону.

Розділ V. ПОРЯДОК ОСКАРЖЕННЯ РІШЕНЬ, ДІЙ І БЕЗДІЯЛЬНОСТІ, ПОВ'ЯЗАНИХ З НАДАННЯМ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Стаття 32. Оскарження рішень, дій і бездіяльності, пов'язаних з наданням психіатричної допомоги

Рішення, дії чи бездіяльність осіб, які порушують права, свободи та законні інтереси громадян при наданні їм психіатричної допомоги, можуть бути оскаржені, за вибором цих громадян, до власника психіатричного закладу або власника психоневрологічного закладу для соціального захисту чи спеціального навчання, або уповноваженого ними органу, або до вищестоящих органів (вищестоящих посадових осіб), або безпосередньо до суду.

Особи, які страждають на психічні розлади, та їх законні представники звільняються від судових витрат, пов'язаних з розглядом питань щодо захисту прав і законних інтересів особи при наданні психіатричної допомоги в порядку, встановленому законодавством.

Стаття 33. Відповідальність за порушення законодавства про психіатричну допомогу

Особи, винні у порушенні законодавства про психіатричну допомогу, несуть відповідальність згідно з законами України.

Розділ VI. ПРИКІНЦЕВІ ПОЛОЖЕННЯ

1. Цей Закон набирає чинності з дня його опублікування, крім абзацу четвертого статті 5, абзацу дванадцятого частини третьої статті 25 і статті 28, які набирають чинності з 1 січня 2001 року.

2. До приведення законодавства України у відповідність з цим Законом нормативно-правові акти застосовуються у частині, що не суперечить цьому Закону.

3. Кабінету Міністрів України у шестимісячний строк:
подати на розгляд Верховної Ради України пропозиції щодо приведення законів України у відповідність з цим Законом;
привести свої нормативно-правові акти у відповідність з цим Законом;
забезпечити перегляд та скасування міністерствами та іншими центральними органами виконавчої влади їх нормативно-правових актів, що суперечать цьому Закону;

забезпечити прийняття нормативно-правових актів, передбачених цим Законом.

4. Внести зміни до таких законів України:

1) статтю 6 Закону України “Про страхування” (Відомості Верховної Ради України, 1996 р., № 18, ст. 78; 1998 р., № 2, ст. 4, № 11–12, ст. 50; 1999 р., № 4, ст. 35) доповнити пунктом 29 такого змісту:

“29) державне обов'язкове страхування працівників, які беруть участь у наданні

психіатричної допомоги, в тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади”;

2) статтю 4 Декрету Кабінету Міністрів України від 21 січня 1993 року № 7-93 “Про державне мито” (Відомості Верховної Ради України, 1993 р., № 13, ст. 113, № 26, ст. 281, № 49, ст. 459; 1994 р., № 28, ст. 241, № 29, ст. 257, № 33, ст. 300; 1995 р., № 13, ст. 85, № 14, ст. 90; 1996 р., № 9, ст. 43, № 41, ст. 192, № 52, ст. 306; 1997 р., № 6, ст. 46, № 9, ст. 70, № 18, ст. 131) доповнити пунктом 41 такого змісту:

“41) громадяни – за позовами, з якими вони звертаються до суду в справах, пов'язаних із захистом прав і законних інтересів при наданні психіатричної допомоги”;

3) частину першу статті 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я (Відомості Верховної Ради України, 1993 р., № 4, ст. 19) викласти у такій редакції:

“Згода інформованого відповідно до статті 39 цих Основ пацієнта необхідна для застосування методів діагностики, профілактики та лікування. Щодо пацієнта, який не досяг віку 15 років, а також пацієнта, визнаного в установленому законом порядку недієздатним, медичне втручання здійснюється за згодою їх законних представників”.

Президент України

Л. КУЧМА

м. Київ, 22 лютого 2000 року

**НАКАЗИ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
від 8 жовтня 2001 р. № 397**

Зареєстровано
в Міністерстві юстиції України
1 березня 2002 р. за № 215/6503

**ПОРЯДОК
ЗАСТОСУВАННЯ ПРИМУСОВИХ ЗАХОДІВ МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ В
ПСИХІАТРИЧНИХ ЗАКЛАДАХ ДО ОСІБ, ЯКІ ХВОРІ НА ПСИХІЧНІ
РОЗЛАДИ І ВЧИНИЛИ СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНІ ДІЯННЯ**

1. Примусові заходи медичного характеру згідно з чинним законодавством застосовуються судом до осіб: які вчинили у стані неосудності суспільно небезпечні діяння; які вчинили у стані обмеженої осудності злочини; які вчинили злочин у стані осудності, але захворіли на психічну хворобу до встановлення вироку або під час відбування покарання (далі – особи). Зазначені заходи передбачають надання

амбулаторної психіатричної допомоги або поміщення особи в психіатричний заклад. Метою цих заходів є захист їх прав, обов'язкове лікування, а також запобігання вчиненню ними суспільно небезпечних діянь.

2. Відповідно до ст. 19 Закону України “Про психіатричну допомогу” (1489-14) та ст. 94 Кримінального кодексу України (2314-14) до осіб можуть застосовуватися примусові заходи медичного характеру, а саме:

- надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку;
- госпіталізація до психіатричного закладу із звичайним наглядом;
- госпіталізація до психіатричного закладу з посиленням наглядом;
- госпіталізація до психіатричного закладу з суворим наглядом.

У зазначених психіатричних закладах надається психіатрична допомога хворим, які становлять суспільну небезпеку.

Цих хворих забезпечують у психіатричних закладах необхідними лікувальними та реабілітаційними заходами.

3. Вид примусового заходу медичного характеру залежить від характеру та тяжкості психічного захворювання в особи, тяжкості вчинення нею діяння з урахуванням її ступеня суспільної небезпечності.

4. Виділяються активний і пасивний типи суспільної небезпечності, які суб'єктивно характеризують учинене суспільно небезпечне діяння.

5. Активний тип суспільної небезпечності спостерігається в осіб з такими психічними розладами:

синдроми розладної свідомості, які супроводжуються тривогою, страхом, емоційним напруженням, збудженням рухливості (деліріозні розлади, сутінкові розлади свідомості, пароксизмальні психотичні стани тощо);

психопатологічні синдроми із розгальмованістю статевого потягу; маячні ідеї певного змісту, скеровані проти конкретних осіб або організацій, які проявляються як на вербальному, так і дійовому рівні (ідеї переслідування, отруєння, оволодіння, стороннього впливу на мозок, статеві та інші органи тощо);

психопатологічні синдроми з галюцинаторними проявами імперативного і страхітливого характеру;

– психопатологічні синдроми з маячними ідеями своєї особливої значимості і намірами або спробами у зв'язку з цим привернути до себе увагу суспільства через скоєння небезпечного діяння;

психопатологічні синдроми з маячними ідеями захисту або реалізації своїх “винаходів” шляхом, що становить небезпеку для оточення;

депресивні стани з хворобливими ідеями звинувачення своєї особи і можливістю скоєння розширеного самогубства;

маніакальні стани з підвищеною розкутістю і дійовою розгальмованістю;

психопатологічні стани, які незалежно від клінічної картини супроводжуються проявами агресивності, роздратованості, подразливості, дійової розкутості, збудженості як ознаками негативних настанов особистості або преморбідних рис

особи;

розлади настрою дисфоричного характеру у хворих на епілепсію з вираженими змінами в інтелектуальній і емоційній сферах.

6. Пасивний тип суспільної небезпечності спостерігається в осіб з такими психічними розладами:

синдроми розладнаної свідомості, які не супроводжуються тривогою, страхом, емоційним напруженням (аментивні, онейроїдні розлади тощо);

синдроми постпсихотичного психічного дефекту як фіналу або як етапу перебігу психічної хвороби (за винятком психопатоподібного); синдроми недоумства різного походження;

розумова відсталість без ознак виражених емоційно-вольових розладів;

психотичні стани з проявами підвищеної підкорюваності та здатності до навіювання.

7. Надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку може бути застосоване судом стосовно особи, яка страждає на психічні розлади і вчинила суспільно небезпечне діяння, якщо особа за станом свого психічного здоров'я не потребує госпіталізації до психіатричного закладу. Зазначені особи підлягають лікарському нагляду та лікуванню в амбулаторних психіатричних закладах.

8. Госпіталізація до психіатричних закладів:

із звичайним наглядом може бути застосована судом щодо психічного хворого, який за своїм психічним станом і характером вчиненого суспільно небезпечного діяння потребує тримання у психіатричному закладі і лікування у примусовому порядку на загальних засадах або який перебував у минулому в психіатричному закладі (із суворим або посиленням наглядом), і при зміні його психічного стану, який привів до зниження суспільної небезпечності, унеможливив подальше лікування в раніше зазначених судом умовах стаціонару. До таких хворих відносяться особи з пасивним типом суспільної небезпечності;

із посиленням наглядом може бути застосовано судом щодо психічно хворого, який вчинив суспільно небезпечне діяння, не пов'язане з посяганням на життя інших осіб і за своїм психічним станом не становить загрози для суспільства, але потребує тримання у психіатричному закладі та лікування в умовах посиленого нагляду або який перебував у минулому в психіатричному закладі із суворим наглядом і при зміні його психічного стану, який привів до зниження його суспільної небезпечності, унеможливив подальше лікування в раніше зазначених судом умовах стаціонару. До таких хворих відносяться особи з пасивним або активним типами суспільної небезпечності;

із суворим наглядом може бути застосована судом щодо психічно хворих, які вчинили суспільно небезпечне діяння, пов'язане з посяганням на життя інших осіб, а також які за своїм психічним станом і характером учиненого суспільно небезпечного

діяння становлять особливу небезпеку для суспільства і потребують тримання у психіатричному закладі та лікування в умовах суворого нагляду. До таких хворих відносяться особи з активним типом суспільної небезпечності.

9. Примусові заходи медичного характеру здійснюються у психіатричних закладах з відповідними умовами нагляду за наявності рішення суду й акта судово-психіатричної експертизи (або акта психіатричного огляду засуджених) з відповідними висновками про характер та тяжкість психічного захворювання в особи, ступінь її суспільної небезпечності для себе або інших осіб за характером її захворювання і медичних підстав для застосування відповідного примусового заходу медичного характеру, а також документів, які посвідчують особу і місце проживання.

10. Виконання рішення суду про госпіталізацію особи до психіатричного закладу: із звичайним наглядом здійснюється закладами охорони здоров'я за сприяння, у разі потреби, органів внутрішніх справ; з посиленням та суворим наглядом, а також осіб, які тримаються під вартою, здійснюється органами внутрішніх справ.

11. Особи, госпіталізовані до психіатричного закладу, розміщуються у його відділеннях (палатах) відповідно до їх психічного стану, ступеня суспільної небезпечності, утримуються в умовах, які унеможливають скоєння ними нового суспільно небезпечного діяння. Їм забороняється надавати лікувальні відпустки та виписувати із стаціонару без рішення суду.

12. Особи, до яких застосовано примусовий захід медичного характеру, підлягають огляду не рідше одного разу на шість місяців комісією лікарів-психіатрів психіатричного закладу в складі: головного лікаря (заступника з медичної частини), завідувача відділення і лікуючого лікаря. Продовження шестимісячного терміну між оглядами забороняється. При потребі до складу комісії можуть бути залучені висококваліфіковані фахівці інших закладів охорони здоров'я, науково-дослідних установ тощо згідно з чинним законодавством.

13. Комісія визначає психічний стан особи і наявність підстав для звернення до суду із заявою про продовження, зміну або припинення застосування примусового заходу медичного характеру.

14. У разі значного поліпшення психічного стану особи, одужання або коли дані психіатричного огляду викликають сумніви щодо наявності психічного розладу, складається відповідний висновок комісії лікарів-психіатрів психіатричного закладу, який направляється його керівництвом достроково (до закінчення шестимісячного терміну) до суду, який виніс рішення за цією справою для вирішення питання про її перегляд згідно з чинним законодавством.

15. Продовження, зміна або припинення примусових заходів медичного характеру здійснюються судом за заявою представника психіатричного закладу (лікаря-психіатра), який надає особі психіатричну допомогу. До заяви додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який обґрунтовує необхідність продовження, зміни або припинення застосування таких примусових заходів. У висновку вказуються зміни

психічного стану особи та ступеня її суспільної небезпечності. Висновок викладається в акті психіатричного огляду, копія якого додається до картки стаціонарного хворого.

16. Заява представника психіатричного закладу (лікаря-психіатра), який надає особі психіатричну допомогу, про продовження, зміну або припинення виду примусового заходу медичного характеру разом з актом психіатричного огляду направляється до суду не пізніше десяти діб після прийняття комісією відповідного рішення.

17. Документація на осіб, до яких згідно з рішенням суду застосовані примусові заходи медичного характеру у відповідних психіатричних закладах, виділяється в окреме діловодство і зберігається в умовах, що забезпечують її недоторканість для сторонніх осіб. Перелік таких осіб проводиться у спеціальному журналі або картотеці.

До картки стаціонарного хворого додаються:

копія рішення суду про застосування примусового заходу медичного характеру;

копія акта судово-психіатричної експертизи або акта психіатричного огляду;

листування адміністрації психіатричного закладу з установами і родичами з приводу психічного стану цієї особи, її соціально-побутових питань і, при потребі, медичні довідки тощо.

18. Відомості, що містяться у цих документах і стосуються психічного і соматичного станів особи, є медичною таємницею і не можуть оприлюднюватися без її згоди або згоди її законного представника, опікуна, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством.

Сама особа або її законний представник має право на ознайомлення з історією хвороби (карткою стаціонарного хворого), а також на отримання в письмовому вигляді будь-яких рішень щодо надання їй психіатричної допомоги.

19. Право на допуск до зазначеної документації мають спеціалісти, які займаються лікувально-діагностичним процесом особи, адміністрація психіатричного закладу, представники вищих органів охорони здоров'я, прокуратури і судово-слідчих органів.

20. Під час застосування примусових заходів медичного характеру до хворих застосовуються тільки дозволені Міністерством охорони здоров'я України методи діагностики, лікування, профілактики та реабілітації.

21. Під час застосування примусових заходів медичного характеру лікування, харчування, відпочинок, реабілітація хворих та лікарняний режим забезпечуються згідно з чинними нормативно-правовими документами.

22. Санітарно-епідемічний режим психіатричних закладів, в яких застосовуються примусові заходи медичного характеру, забезпечується згідно із санітарним законодавством.

23. Після виписки особи з психіатричного закладу згідно з рішенням суду картка стаціонарного хворого передається до архіву відповідного психіатричного закладу.

Картка амбулаторного хворого може бути використана для подальшого лікарського нагляду.

24. Якщо особа під час застосування примусового заходу медичного характеру скоїла нове суспільно небезпечне діяння, передбачене кримінальним законодавством, то відповідні матеріали направляються керівництвом психіатричного закладу до територіальної прокуратури або органу внутрішніх справ для вирішення питання про порушення кримінальної справи.

25. У разі втечі особи під час застосування примусового заходу медичного характеру керівництво психіатричного закладу негайно сповіщає про це територіальну прокуратуру, орган внутрішніх справ, суд, що призначив примусовий захід медичного характеру, психоневрологічний диспансер, законних представників (родичів, опікунів) та вживає заходів до розшуку особи та її повернення до лікарні. Оформляти виписку хворого в такому разі не дозволяється.

26. У разі смерті особи під час застосування примусового заходу медичного характеру керівництво психіатричного закладу повідомляє про це її законних представників (родичів, опікуна), територіального прокурора, суд, який виніс рішення про застосування цього заходу, психоневрологічний диспансер.

27. У разі втечі або смерті осіб, стосовно яких кримінальну справу не закінчено, керівництво психіатричного закладу повинно повідомити також орган досудового слідства, у провадженні якого перебуває зупинена кримінальна справа, та суд.

28. Особа виписується за місцем проживання з психіатричного закладу або переводиться до іншого з умовами нагляду, призначеними судом, після того як рішення суду набирає законної сили. Переведення особи до іншого психіатричного закладу згідно з рішенням суду здійснюється органами охорони здоров'я.

29. У разі припинення за рішенням суду застосованих примусових заходів медичного характеру залежно від стану здоров'я особу виписують самотійно в супроводі законних представників (родичів або опікунів) або медичних працівників з обов'язковим лікарським наглядом за місцем проживання. До психоневрологічного диспансеру (кабінету) направляються витяг з картки стаціонарного хворого і копія рішення суду.

30. Особа, у якої відсутній законний представник і яка за психічним станом потребує постійного стороннього догляду, після припинення застосованих примусових заходів медичного характеру може бути переведена до психіатричної лікарні за місцем проживання до вирішення її соціальних питань.

Витрати щодо переведення осіб покладаються на психіатричний заклад, з якого він вибуває.

31. Керівництво психіатричного закладу:

уживає необхідних заходів щодо захисту і охорони прав та законних інтересів осіб, до яких застосовані примусові заходи медичного характеру згідно з рішенням суду;

за наявності підстав клопоче перед судом про визнання особи недієздатною і

встановлення над нею опіки.

32. Скарги та заяви осіб, до яких застосований примусовий захід медичного характеру, повинні розглядатися у встановленому чинним законодавством порядку адміністрацією психіатричного закладу, установами, на які покладено нагляд і контроль за здійсненням примусових заходів медичного характеру тощо.

33. Особи, до яких застосовані примусові заходи медичного характеру, можуть піклуватися про захист своїх прав та свобод особисто або через своїх законних представників у порядку, встановленому Цивільним (1540-06), Цивільним процесуальним кодексами України (1501-06, 1502-06, 1503-06), Законом України “Про психіатричну допомогу” (1489-14) та іншими законами України.

34. Права та обов'язки працівників психіатричних закладів (медичний та інший персонал) регламентуються Законом України “Про психіатричну допомогу” (1489-14) і чинним законодавством.

35. Контроль за своєчасним і правильним проведенням лікувально-реабілітаційних заходів під час застосування примусового заходу медичного характеру здійснюється Міністерством охорони здоров'я і територіальними органами охорони здоров'я.

36. Науково-методичне забезпечення щодо застосування примусових заходів медичного характеру здійснюється Міністерством охорони здоров'я через Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України.

37. Нагляд за дотриманням законності у психіатричних закладах під час застосування примусових заходів медичного характеру здійснює Генеральний прокурор України і підпорядковані йому прокурори відповідно до Закону України “Про прокуратуру України” (1789-12).

Начальник Головного управління організації
медичної допомоги населенню

М. П. Жданова

Зареєстровано
в Міністерстві юстиції України
1 березня 2002 р. за № 219/6507

ПОРЯДОК ПРОВЕДЕННЯ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

1. Судово-психіатрична експертиза (надалі – експертиза) призначається органами досудового слідства та суду і проводиться за їх відповідним рішенням з метою відповіді на питання, що виникають під час провадження адміністративних, кримінальних а цивільних справ з приводу психічного стану особи.

2. Експертиза проводиться в Українському науково-дослідному інституті соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, центрах судово-психіатричних експертиз, відділеннях (амбулаторних, стаціонарних експертиз), які є структурними підрозділами психоневрологічних (психіатричних) лікарень, психоневрологічних диспансерів. Зазначені заклади охорони здоров'я виконують функції судово-експертних установ або підрозділів (далі – експертна установа (підрозділ)).

3. Експертизу в експертній установі (підрозділі) виконує лікар – судово-психіатричний експерт (далі – експерт) одноособово або у складі амбулаторних (стаціонарних судово-психіатричних експертних комісій (далі – комісія)). Посади експертів та голів комісій встановлюються згідно з чинними нормативними документами Міністерства охорони здоров'я. Склад комісій затверджується наказом керівника експертної установи (підрозділу).

4. Проведення експертиз з кримінальних, цивільних та адміністративних справ у експертних установах (підрозділах); обов'язки, права та відповідальність експерта; організація проведення експертиз та оформлення їх результатів визначаються Законами України “Про судову експертизу” (4038-12), “Про психіатричну допомогу” (1489-14), Кримінально-процесуальним (1001-05, 1002-05, 1003-05), Цивільним процесуальним (15001-06, 1502-06, 1503-06) кодексами, Кодексом України про адміністративні правопорушення (80731-10, 80732-10) та цим Порядком.

5. Експертиза може проводитись амбулаторно (у тому числі посмертно), стаціонарно, у судовому засіданні.

6. Експертиза може бути первинна, додаткова і повторна.

Первинною є експертиза, яка призначається у даній справі з даних питань уперше.

Додатковою є експертиза, яка призначається для вирішення окремих питань, які не були поставлені при первинній експертизі, а також у разі неповноти або недостатньої кості первинної експертизи, і проведення її доручається експертам у тому самому або іншому складі.

Повторною є експертиза, яка призначається, якщо висновок первинної експертизи суперечить матеріалам справи, викликає сумніви щодо його правильності і визнаний органами дізнання, слідчим, прокурором, судом необґрунтованим. Призначення повторної експертизи повинно бути мотивоване, а її проведення доручається іншому більш кваліфікованому складу експертів.

7. Предметом експертизи є визначення психічного стану осіб, яким призначено експертизу, у конкретні проміжки часу і відносно певних обставин, що становлять інтерес для органів слідства та суду.

8. Об'єктами експертизи є:

підозрювані, стосовно яких в органів дізнання та слідства виникли сумніви щодо їх психічної повноцінності;

обвинувачені та підсудні, стосовно яких в органах слідства та суду виникли сумніви щодо їх осудності або можливості за психічним станом брати участь у

слідчих діяч чи судовому засіданні;

свідки і потерпілі, стосовно яких в органах слідства та суду виникли сумніви щодо їх психічної повноцінності;

потерпілі, стосовно яких вирішується питання про взаємозв'язок змін у їхньому психічному стані зі скоєними щодо них протиправними діяннями (безпорадний стан та заподіяння шкоди здоров'ю);

позивачі, відповідачі та інші особи, стосовно яких вирішується питання про їхню дієздатність;

позивачі, стосовно яких вирішується питання про їх психічний стан у певні проміжки часу, про обґрунтованість установленого раніше психіатричного діагнозу та прийнятих щодо них медичних заходів;

матеріали кримінальної або цивільної справи, медична документація, аудіовізуальні матеріали та інша інформація про психічний стан особи, відповідно якої проводиться експертиза.

9. Експертизи мають призначатися відповідно до зони, яка обслуговується певною експертною установою (підрозділом). При повторній експертизі або в разі неможливості чи недоцільності проведення експертизи в експертній установі (підрозділі) за зоною обслуговування особа або орган, які призначають експертизу, указавши відповідні мотиви, можуть доручити її виконання експертам іншої експертної установи (підрозділу).

10. Організаційне, матеріально-технічне забезпечення виконання експертизи, контроль за своєчасним її проведенням та за дотриманням чинного законодавства з питань експертизи покладаються на керівника експертної установи (підрозділу).

11. Якщо отримані матеріали оформлені з порушеннями, які унеможливають організацію проведення експертизи (не надійшло рішення про призначення експертизи, не надійшли об'єкти досліджень, поставлені запитання виходять за межі спеціальних знань експерта і т. ін.), то керівник експертної установи (підрозділу) негайно повідомляє про це особу або орган, які призначили експертизу.

Якщо особа або орган, які призначили експертизу, не вживають належних заходів для усунення цих перешкод, то керівник експертної установи (підрозділу) після закінчення одного місяця з дня надання зазначеного повідомлення повертає їм матеріали.

12. Кількісний склад експертів (одноособовий або комісійний) щодо конкретної справи встановлюється органом, який призначив експертизу. Якщо це не зазначено, його встановлює керівник експертної установи (підрозділу). При цьому враховуються форма проведення експертизи, її вид та складність.

13. При проведенні комісійної експертизи експерт, призначений головою комісії, не має переваг перед іншими членами комісії при вирішенні порушених питань. Як голова комісії він виконує лише організаційні функції з проведення експертизи.

14. В експертизі відсутня інстанційність. У разі розходження думок між експертами однієї комісії, у разі розходження висновків первинної та повторної

експертиз жоден із висновків не має заздальгідь установленої сили.

15. Роботу експертної установи (підрозділу) контролює Міністерство охорони здоров'я України, МОЗ Автономної Республіки Крим, управління охорони здоров'я обласних, Севастопольської міської державних адміністрацій та Головне управління охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації. Науково-методичне забезпечення здійснюється Міністерством охорони здоров'я через Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ.

16. Організація та ліквідація експертних установ (підрозділів) здійснюється органами охорони здоров'я за погодженням з Міністерством охорони здоров'я.

17. Права й обов'язки експерта, на якого покладено виконання експертизи, незалежно від виду судочинства передбачаються Законом "Про судову експертизу" (4038-12) (ст. ст. 12, 13) та процесуальним законодавством.

18. Експерт, на якого покладено виконання експертизи, зобов'язаний:
з'явитися на виклик органу, який призначає експертизу;
особисто досліджувати надані йому об'єкти і давати об'єктивний висновок на поставлені перед ним запитання;

заявити про самовідвід за наявності підстав, передбачених законодавством, які виключають його участь у справі;

повідомити у письмовій формі орган, що призначив експертизу, про неможливість проведення експертизи із зазначенням причин (ненадання об'єктів для проведення експертизи, ненадання витребуваних додаткових матеріалів або надання матеріалів, що недостатні для вирішення запитань, або запитання, що ставлять перед ним, виходять за межі його компетенції).

19. Експерт має право:

ознайомитися з матеріалами справи, медичною документацією, які стосуються експертизи;

порушувати клопотання про надання додаткових та нових матеріалів, необхідних для вирішення поставлених питань;

з дозволу особи або органу, які призначили експертизу, бути присутнім під час проведення слідчих і судових дій, порушувати клопотання, що стосуються проведення експертизи, та задавати відповідні запитання особам, яких допитують;

вказувати у висновку експертизи на факти, які мають значення для справи і про які йому не були поставлені питання;

у разі незгоди з іншими членами експертної комісії – скласти окремий висновок експертизи;

оскаржувати в установленому порядку дії та рішення особи або органу, які призначили експертизу, унаслідок чого порушуються права експерта або порядок проведення експертизи;

за наявності відповідних підстав на забезпечення безпеки.

20. Експерту забороняється:

самостійно збирати матеріали, які підлягають дослідженню, а також вибирати

вихідні дані для проведення експертизи, якщо вони відображені в наданих йому матеріалах неоднозначно;

розголошувати без дозволу прокурора, слідчого, особи, яка провадить дізнання, дані досудового слідства;

вступати в контакти, не передбачені порядком проведення експертизи, з будь-якими особами, якщо такі особи прямо чи побічно стосуються експертизи;

зберігати кримінальні, цивільні та господарські справи, а також речові докази й документи, що є об'єктами експертизи, поза службовим приміщенням.

21. Амбулаторна експертиза може проводитись у кабінеті слідчого, суді, слідчому ізоляторі, експертній установі (підрозділі). Виклик експерта на вимогу слідчих або судових органів здійснюється згідно з вимогами чинного законодавства.

22. Термін проведення амбулаторної експертизи становить до 30 діб з моменту отримання всіх відповідних матеріалів. Залежно від ступеня складності експертизи і обсягу її об'єктів, поданих на дослідження, цей термін може бути продовжений за узгодженням з органом, що призначив експертизу.

23. Експерти, які проводять амбулаторну експертизу, у разі неможливості відповісти на всі запитання, поставлені перед ними, обґрунтовують висновок про необхідність проведення стаціонарної експертизи.

24. При проведенні експертизи в суді експерт оголошує акт експертизи в судовому засіданні і дає роз'яснення з питань, які виникли в учасників процесу.

25. Стаціонарна експертиза обвинуваченого проводиться в експертній установі (підрозділі) за наявності рішення суду про призначення відповідної експертизи.

Стаціонарна експертиза потерпілого, свідка, позивача та відповідача у кримінальних і цивільних справах призначається судом тільки за їх згодою.

26. Стаціонарна експертиза проводиться у експертній установі (підрозділі) з окремим утриманням осіб, які перебувають і не перебувають під вартою.

27. При проведенні стаціонарної експертизи за наявності медичних показань до осіб застосовуються відповідні їх стану методи лікування і дослідження, дозволені Міністерством охорони здоров'я України.

28. Термін проведення стаціонарної експертизи становить до 30 діб. Залежно від обсягу та складності експертизи термін її проведення може бути подовжений за узгодженням з органом, що призначив експертизу.

29. Особа, яка перебуває під вартою, після завершення експертизи повертається до установи, звідки поступила на експертизу, незалежно від експертного рішення.

30. Особа, яка не перебуває під вартою, після закінчення експертизи може бути виписана з експертної установи (підрозділу) залежно від психічного стану самостійно або в супроводі родичів, законних представників на підставі дозволу слідчого на його виписку. Особа, яка за психічним станом не може усвідомлювати свої дії та свідомо керувати ними і становить безпосередню небезпеку для себе і оточення, може бути переведена до психіатричної лікарні за місцем порушення кримінальної справи, згідно з діючими нормативними документами, де і перебуває

до рішення суду за цією справою. Цей пункт поширюється на осіб, які на момент закінчення експертизи звільнені з-під варти.

31. По закінченні експертизи складається акт експертизи, що містить вступну, досліджувальну, мотивувальну частини і висновок.

32. Вступна частина акта експертизи містить:

дату проведення експертизи;

дату експертизи, її номер, чи є вона додатковою, повторною, комісійною або комплексною, форму проведення експертизи (амбулаторна, стаціонарна тощо);

прізвище, ім'я та по батькові особи, якій призначено експертизу;

прізвище експерта (експертів), фах, посаду, експертний стаж, кваліфікаційний клас, ранг, науковий ступінь, учене звання;

ким і коли винесено рішення про призначення експертизи;

прізвища присутніх при експертизі;

перелік об'єктів, поданих на експертизу;

запитання, поставлені перед експертом (експертами);

підпис експерта (експертів) під попередженням про відповідальність.

33. Досліджувальна частина акта експертизи містить:

факти, які отримані при дослідженні поданих на експертизу об'єктів, що стосуються психічного стану особи, у різні періоди часу та їх пояснення;

дані клінічного дослідження особи, виявлені під час проведення експертизи (психічний, соматичний, неврологічний стани тощо).

34. Мотивувальна частина акта експертизи містить обґрунтоване пояснення даних про психічний стан особи та фактів, які встановлені і виявлені при дослідженні об'єктів експертизи.

35. Висновок експертизи повинен бути обґрунтованим і містити відповіді на поставлені перед ним питання у межах його компетенції, мати конкретний характер. У разі виявлення експертом важливих фактів, з приводу яких йому не були поставлені запитання, він дає відповідь з власної ініціативи. Відповіді не можуть мати форму рекомендацій або вказівок слідству чи суду.

36. Акт (одноособової, комісійної) експертизи підписується експертом, членами комісії і засвідчується печаткою експертної установи. При комісійній експертизі у разі незгоди експертів щодо відповідей на поставлені питання кожен з них складає і підписує окремий акт або частину спільного акта, яка відображає хід і результати досліджень, проведених ним особисто.

37. Акт експертизи складається у двох примірниках, один з яких направляється особі або органу, які призначили експертизу, а другий залишається в експертній установі.

Начальник Головного управління
організації медичної допомоги населенню

М. П. Жданова

ПОСТАНОВИ ПЛЕНУМІВ ВЕРХОВНОГО СУДУ УКРАЇНИ**(ВИТЯГИ)****№ 2 від 19.03.82****“Про судову практику по застосуванню примусових заходів медичного характеру (Із змінами, внесеними згідно з Постановою Пленуму Верховного Суду України № 3 від 04.06.93)”**

3. Розглядаючи справи про застосування примусових заходів медичного характеру, суди повинні ураховувати, що такі заходи у вигляді поміщення в психіатричну лікарню з звичайним, посиленням або з суворим наглядом, передбачені ст. 13 КК України, можуть застосовуватися відносно осіб, які вчинили суспільно небезпечні діяння в стані неосудності або вчинили такі діяння в стані осудності, але захворіли до винесення вироку на душевну хворобу, що позбавляє їх можливості усвідомлювати свої дії або керувати ними. Порядок провадження у цих справах установлений главою 34 КПК України. Питання, пов'язані із застосуванням примусових заходів медичного характеру відносно осіб, які захворіли на хронічну душевну хворобу під час відбуття покарання, вирішуються у відповідності з вимогами ст. 411 КПК України. (Абзац перший пункту 3 в редакції Постанови Пленуму Верховного Суду України № 3 від 04.06.93) Судам необхідно мати на увазі, що тимчасовий розлад душевної діяльності особи, який позбавляє її можливості усвідомлювати свої дії або керувати ними, що настав після вчинення злочину, але до винесення судом вироку, не усуває можливості застосування до неї примусового заходу медичного характеру.

Разом з тим тимчасовий розлад душевної діяльності особи, який настав після винесення вироку або під час відбуття покарання, не є підставою для застосування судом примусового заходу медичного характеру.

4. Внесення в судові засідання справи, яка надійшла до суду від прокурора в порядку, передбаченому ст. 418 КПК України, повинно оформлятися відповідною постановою судді, якщо він погодиться з постановою слідчого. При цьому особи, щодо яких ставиться питання про застосування примусових заходів медичного характеру, відданню до суду не підлягають.

Постановою про внесення справи в судові засідання суддя зобов'язаний вирішити такі питання, пов'язані з підготовкою її до розгляду:

- про день і місце слухання справи в судовому засіданні;
- про виклик у судові засідання прокурора і захисника;
- про список осіб, які підлягають виклику в судові засідання;
- про витребування додаткових доказів;

– про можливість участі в судовому засіданні особи, відносно якої розглядається справа;

– про необхідність виклику в судове засідання експерта;

– всі інші питання, які стосуються підготовчих до судового розгляду дій.

5. Під час судового розгляду справ про застосування, скасування або зміну примусових заходів медичного характеру з урахуванням особливостей кожної з них суд повинен додержуватись вимог закону, що містяться в главах 25, 26 та 34 КПК України, не допускаючи спрощення, виконувати процесуальні дії підготовчої частини судового засідання, а також у повному обсязі досліджувати всі докази.

Судам належить суворо додержуватись вимог ст. 419 КПК України про обов'язкову участь прокурора і захисника в судовому засіданні у справі про застосування примусових заходів медичного характеру.

6. Роз'яснити судам, що кримінальна справа щодо особи, яка притягується до кримінальної відповідальності, і про застосування примусових заходів медичного характеру відносно неосудного, які разом вчинили суспільно небезпечне діяння, може бути розглянута в одному судовому засіданні з додержанням вимог норм закону, передбачених главами 25, 26, 27, 28 і 34 КПК України.

Після закінчення по такій справі судового слідства, заслухавши думку прокурора і захисника з питань, зазначених у ст. 420 КПК України, суд виконує дії, передбачені статтями 318, 319 КПК України, і йде до нарадчої кімнати для постановлення вироку щодо підсудного та ухвали (постанови) щодо неосудного. (Абзац другий пункту 6 із змінами, внесеними згідно з Постановою Пленуму Верховного Суду України № 3 від 04.06.93)

В цьому ж порядку можуть розглядатися справи, в яких окремі співучасники групових злочинів захворіли душевною хворобою після вчинення злочину.

7. Примусові заходи медичного характеру судами мають застосовуватися лише за наявності у справі обґрунтованого висновку судово-психіатричних експертів про неосудність особи і потреби її в цих заходах.

Звернути увагу судів на необхідність пред'явлення вимогливості до висновку судово-психіатричних експертів, з тим щоб він був науково обґрунтованим, конкретним, повним і мотивованим.

Коли експертиза неповна чи недостатньо зрозуміла або виникає необхідність поставити експерту додаткові питання, суд повинен викликати в судове засідання експерта-психіатра, а за умов, вказаних в ч. 6 ст. 75 КПК України, призначити повторну судово-психіатричну експертизу.

8. Судам належить мати на увазі, що ухвала (постанова) в справі про застосування

примусових заходів медичного характеру повинна відповідати вимогам, що впливають з кримінально-процесуального закону, і, крім вирішення питань, передбачених ст. 420 КПК України, містити в собі формулювання суспільно-небезпечного діяння, визнаного судом установленим, перевірені в судовому засіданні докази, покладені в обґрунтування висновків суду, а також мотиви прийнятого рішення по суті. (Пункт 8 із змінами, внесеними згідно з Постановою Пленуму Верховного Суду України № 3 від 04.06.93).

24.10.2003 № 8

“Про застосування законодавства, яке забезпечує право на захист у кримінальному судочинстві”

3. Відповідно до ч. 4 ст. 44 і ст. 45 КПК захисник допускається до участі у справі на будь-якій стадії процесу починаючи з моменту визнання особи підозрюваним чи пред’явлення їй обвинувачення.

У справі про застосування примусових заходів медичного характеру захисник може брати участь з моменту встановлення факту наявності в особи душевної хвороби (отримання відповідного висновку судово-психіатричної експертизи, медичної документації, довідки про перебування на обліку тощо), а у справі про застосування примусових заходів виховного характеру – з моменту першого допиту неповнолітнього або поміщення його до приймального-розподільника.

Близькі родичі обвинуваченого, його опікуни або піклувальники допускаються до участі у справі як захисники з моменту пред’явлення обвинуваченому для ознайомлення матеріалів досудового слідства.

4. Відповідно до ч. 1 ст. 44 КПК при провадженні у кримінальній справі як захисники підозрюваного, обвинуваченого, підсудного, засудженого, виправданого допускаються особи, які в установленому законом порядку уповноважені здійснювати захист їхніх прав і законних інтересів та надавати необхідну юридичну допомогу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Авруцкий Г. Я., Недува А. А. Лечение психически больных. – М., 1968.
2. Алкоголизм (Руководство для врачей) / Под ред. Г. В. Морозова, В. Е. Рожнова, Э. А. Бабаяна. – М., 1983.
3. Бабаян Э. А., Гонопольский М. Х. Наркология. – М., 1987.
4. Бабаян Э. А., Гонопольский М. Х. Учебное пособие по наркологии. – М., 1981.
5. Бачериков Н. Е. Клиника и профилактика психических заболеваний. – К., 1989.
6. Блейхер В. М., Крук И. В. Толковый словарь психиатрических терминов. – К.: Здоров'я, 1995.
7. Вальдман А. В., Бабаян Э. А., Звартау Э. Психофармакологические и медико-правовые аспекты токсикомании. – М., 1988.
8. Виллюнас В. К. Психология эмоциональных явлений. – М.: МГУ, 1976.
9. Волков В. Н. Судебная психиатрия: Курс лекций. – М.: Юристъ, 1998.
10. Вудс Ш. Психиатрия в вопросах. – СПб.: Питер, 1998.
11. Датий А. В. Судебная медицина и психиатрия. Практикум: Учеб. пособие для вузов. – М.: Бек, 1997.
12. Дворкина Н. Я. Инфекционные психозы. – М., 1975.
13. Дидковская С. П. и др. Наркомания: уголовно-правовые и медицинские проблемы. – К.: Вища школа, 1989.
14. Дмитриев А.С., Клименко Г. В. Судебная психиатрия: Ученое пособие для юридических вузов. – М.: БИ, 1999.
15. Жариков Н. М., Морозов Г. В., Харитинин Д. Ф. Судебная психиатрия. – М.: ИНФРА-М-НОРМА, 1997.
16. Жариков Н. М., Урсова Л. Г., Хритинин Д. Ф. Психиатрия. – М., 1989.
17. Закон України “Психіатричну допомогу” // Відомості Верховної Ради України. – 2000. – № 19.
18. Инструкция о производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР. М., 1970.
19. Кабанов М. М. Реабилитация психически больных. – М., 1985.
20. Карлов В. А., Лапин А. А. Неотложная помощь при судорожных состояниях. – М., 1982.
21. Кемпински А. Психопатология неврозов. – Варшава, 1975.
22. Клиническая психиатрия: Руководство для врачей и студентов / Гл. ред. Т. Б. Дмитриева. – М.: Гэотар-медицина, 1998.
23. Колесник В. А. Судова психіатрія: Курс лекцій. – К. : Юрінком-Інтер, 2000.
24. Комплексная психолого-психиатрическая судебная экспертиза способности малолетних и несовершеннолетних давать показания: Пособие для врачей. – М., 1996.
25. Коркина М. В., Цивилько М. А., Карева М. А. Практикум по психиатрии. – М., 1986.

26. Кримінальний кодекс України. – К., 2001.
27. Кримінальний процесуальний кодекс України. – К., 2000.
28. Кузнецов В. М., Чернявський В. М. Психіатрія. – К.: Здоров'я, 1993.
29. Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К. Учебное пособие по медицинской психологии. – М., 1976.
30. Марчук А. И. Судебная психиатрия: Методические рекомендации. –К.: КВШ МВД СССР, 1987.
31. Марчук А.І . Судова медицина: Навчальний посібник. – К.: Національна академія внутрішніх справ України, 1997.
32. Матвеев В. Ф. Учебное пособие по психиатрии. – М., 1975.
33. Менделевич В. Д. Психиатрическая пропедевтика: Практическое руководство для врачей и студентов. – М.: Медицина, 1997.
34. Метелица Ю. Л. Судебно-психиатрическая экспертиза потерпевших. – М.: Медицина, 1990.
35. Морозов Г. В. Судебная психиатрия. – М.: Юридическая литература, 1986.
36. Морозов Г. В., Боголепов Н. Н. Морфинизм. – М., 1984.
37. Морозов Г. В., Ромасенко В. А. Нервные и психические болезни с основами медицинской психологии. – М., 1976.
38. Морозов Г. В., Шумский И. Г. Введение в клиническую психиатрию (пропедевтика в психиатрия). – Нижний Новгород: НГМА, 1998.
39. Новое в теории и практике реабилитации психически больных: Сборник научных трудов ЛНИПИ им. В. М. Бехтерева. – Л., 1985.
40. Опорні матеріали для самопідготовки з курсу судової психіатрії: учбовий посібник. – Тернопіль: ТАНГ, 2001.
41. Пивень Б. Н. Сочетанные формы психиатрической патологии. – Новосибирск: Наука, 1998.
42. Платонов К. К., Голубев Г. Г. Психология. – М., 1977.
43. Правила адвокатської етики. Розділ III: Відносини адвоката з клієнтами // Бюлетень законодавства і юридичної практики України. – 2003. – Вип. 7.
44. Призначення примусових заходів медичного характеру щодо психічно хворих, які вчинили суспільно небезпечні діяння: Методичні рекомендації / В. Б. Первомайський та ін. – К.: Укр. НДІ соц. та судової психіатрії, 1998.
45. Психиатрия / Под ред. Шейдера. – М.: Практика, 1998.
46. Ранняя диагностика психических заболеваний /Под ред. В. М. Блейхера. – К., 1989.
47. Руководство по психиатрии / Под ред. А. В. Снежневского. – М., 1983.
48. Руководство по психиатрии: В 2-х томах / Под ред. Г. В. Морозова. – М.: Медицина, 1988.
49. Синицкий В. Н. Депрессивные состояния. – К., 1986.
50. Слободян С. Обмеження дієздатності фізичних осіб: цивільно-правові

проблеми // Юридичний журнал. – 2004. – № 1. – С. 32–33.

51. Справочник по психиатрии / Под ред. А. В. Снежневского. – М.: Медицина, 1985.
52. Судебная психиатрия: Руководство для врачей / Под ред. Г. В. Морозова. – М.: Медицина, 1988.
53. Судебная психиатрия: Учебник / Под ред. Г. В. Морозова. – М., 1986.
54. Судебная психиатрия: Учебник для вузов / Под ред. Б. В. Шостковича. – М.: Зерцало, 1997.
55. Судебная психиатрия: Учебник для спец. средн. учебных заведений / Под ред. Г. В. Морозова. – М.: Юридическая литература, 1990.
56. Судебная психиатрия: Учебник для вузов / Под общ. ред. Г. В. Морозова. – М.: ИНФРА-М-НОРМА, 1997.
57. Судебная психолого-психиатрическая экспертиза / Под ред. И. А. Кудрявцева. – М.: Медицина, 1988.
58. Сухарева Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста. – М., 1974.
59. Сыропятов О. Г. Судебная и пенитенциарная психиатрия. Руководство для психиатров, клинических психологов и юристов. – К.: Здоров'я, 1999.
60. Сыропятов О. Г. Судебная и пенитенциарная психиатрия. – К.: Украинская военно-медицинская академия, 1998.
61. Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. – М., 1986.
62. Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства. – М., 1987.
63. Фолк Малколм. Основы судебной психиатрии. – Оксфорд, 1994.
64. Цивільний і цивільно-процесуальний кодекси України. – К., 2000.
65. Цивільний Кодекс України. – К., 2004.
66. Чудновский В. С., Чистяков Н. Ф. Основы психиатрии. – Ростов-на-Дону: Феникс; М.: Зевс, 1997.
67. Шванцара Й. и др. Диагностика психического развития. – Прага, 1978.
68. Шостакович Б. В., Ревенок А. Д. Психиатрическая экспертиза в гражданском процессе. – К.: Здоров'я, 1992.

ЗМІСТ

ВСТУПНЕ СЛОВО	
РОЗДІЛ І. ЗАГАЛЬНОТЕОРЕТИЧНІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПИТАННЯ СУДОВОЇ ПСИХІАТРІЇ	
1. Мета, предмет і завдання судової психіатрії. Історія розвитку.....	
2. Організаційно-процесуальні основи судово-психіатричної експертизи в Україні: правовий статус, завдання, підстави та порядок призначення, основні форми	
3. Питання осудності при судово-психіатричній експертизі обвинувачених. Обстеження засуджених	
4. Судово-психіатрична експертиза свідків і потерпілих	
5. Судово-психіатрична експертиза в цивільному процесі (поняття правоздатності, дієздатності та обмеженої дієздатності, види судово-психіатричної експертизи.....	
6. Примусові заходи медичного характеру і застосування їх до хворих із психічними розладами, які вчинили суспільно небезпечні діяння	
РОЗДІЛ ІІ. ОСНОВИ ЗАГАЛЬНОЇ ПСИХОПАТОЛОГІЇ	
1. Поняття про структуру і функції центральної нервової системи, вищу нервову діяльність та її розлади при психічних захворюваннях	
2. Симптоми та синдроми психічних захворювань	
РОЗДІЛ ІІІ. ОКРЕМІ ФОРМИ ПСИХІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА ЇХ ЕКСПЕРТНА СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНА ОЦІНКА	
1. Шизофренічні розлади та їх судово-психіатрична оцінка (F-20).....	
2. Основні психічні розлади при маніакально-депресивному психозі (МДП) – F-31 та їх судово-психіатрична оцінка	
3. Епілепсія та її судово-психіатрична оцінка.....	
4. Психічні розлади органічного походження, симптоматичні включно (F-00 – F-09). Судинні захворювання головного мозку	
5. Психічні розлади пізнього віку.....	
6. Порушення психіки внаслідок травматичного ураження головного мозку	
7. Захворювання центральної нервової системи внаслідок сифілісу та їх судово-психіатрична оцінка	
8. Симптоматичні психози	
9. Психічні розлади, спричинені енцефалітами та їх судово-психіатрична оцінка	
10. Розумова відсталість (F-70 – F-79). Олігофренії (вроджене слабоумство).....	
11. Психопатії (розлади особистості і поведінки у дорослих – F-60 – F-69)	
12. Судово-психіатрична експертиза неповнолітніх	
13. Судово-психіатрична оцінка психічних розладів внаслідок алкоголізму, наркоманій і токсикоманій або психічних розладів поведінки, обумовлених вживанням психоактивних речовин (F-10 – F-19)	

14. Реактивні стани (реакції на важкий стрес і розлади адаптації – F-43)
15. Питання судово-психіатричної експертизи виключних (виняткових) станів та інших короткочасних розладів психічної діяльності
16. Симуляція психічних розладів

ДОДАТКИ

- Короткий словник психіатричних термінів
- Закон України “Про психіатричну допомогу” від 22 лютого 2000 р.....
- Накази Міністерства охорони здоров’я України від 8 жовтня 2001 р. № 397
- “Порядок застосування примусових заходів медичного характеру в психіатричних закладах до осіб, які хворі на психічні розлади і вчинили суспільно небезпечні діяння”
- “Порядок проведення судово-психіатричної експертизи”
- Постанови пленумів Верховного Суду України (витяги):
- “Про судову практику по застосуванню примусових заходів медичного характеру (Із змінами, внесеними згідно з Постановою Верховного Суду України № 3 від 04.06.93)”
- “Про застосування законодавства, яке забезпечує право на захист у кримінальному судочинстві”
- ЛІТЕРАТУРА**

