

МІЖРЕГІОНАЛЬНА  
АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ



МАУП

**С. В. Жабокрицький, А. П. Чуприков**

# **СУДОВА ПСИХІАТРІЯ**

*Навчальний посібник*

Київ 2004

ББК 56.14я73  
Ж12

Рецензенти: *О. А. Ревенок*, д-р мед. наук  
*Т. М. Арсенюк*, канд. мед. наук, доц.

*Схвалено Вченою радою Міжрегіональної Академії  
управління персоналом (протокол № 1 від 27.01.04)*

**Жабокрицький С. В.**

Ж12 Судова психіатрія: Навч. посіб. / С. В. Жабокрицький,  
А. П. Чуприков. — К.: МАУП, 2004. — 176 с. — Бібліогр.:  
С. 169–170.

ISBN 966-608-438-4

У навчальному посібнику детально висвітлено організаційно-правові та науково-практичні основи судової психіатрії: предмет, завдання, підстави призначення судово-психіатричної експертизи, права й обов'язки судово-психіатричного експерта, організаційні питання судово-психіатричної експертизи, межі компетенції експерта, експертний висновок і його юридичну оцінку. Діагностику психічних розладів подано згідно з міжнародною класифікацією психічних захворювань МКХ-10. Висвітлено питання експертної оцінки різних психічних станів, що виникають у підозрюваних, обвинувачених, свідків і потерпілих, а також питання осудності й неосудності, обмеженої осудності, діє- і недієздатності. Розглянуто приклади симуляції та дисимуляції психічних розладів, проблеми експертизи неповнолітніх і питання пенітенціарної психіатрії.

Для студентів вищих неметодичних навчальних закладів, а також для працівників судово-слідчих органів.

**ББК 56.14я73**

ISBN 966-608-438-4

© С. В. Жабокрицький, А. П. Чуприков, 2004  
© Міжрегіональна Академія  
управління персоналом (МАУП), 2004

## ВСТУП

Судова психіатрія як галузь загальної психіатрії вивчає психічні розлади відповідно до завдань, що розв'язуються у кримінальному та цивільному процесах. Саме це й зумовлює її назву.

Загальна психіатрія та судова психіатрія як медичні дисципліни мають як спільні, так і відмінні риси. Спільні риси полягають у тому, що обидві дисципліни вивчають психічні розлади за допомогою однакових методів дослідження, діагностики, мають єдину класифікацію психічних захворювань, єдині терміни та поняття, однакову систему наукових поглядів на етіологію та патогенез психічних розладів і систему практичних дій з їх виявлення, профілактики та лікування.

Відмінність цих дисциплін полягає в тому, що судова психіатрія крім наведеного здійснює судово-психіатричну оцінку психічної патології на основі додаткових специфічних критеріїв, що дає змогу відрізнити психічну патологію, яка має певне юридичне значення і зумовлює правові наслідки.

Відповідно до навчальних програм курсу “Судова психіатрія” вищих юридичних закладів освіти у пропонованому посібнику висвітлено практично всі розділи та напрями експертного наукового дослідження з урахуванням сучасних змін класифікації психічних хвороб згідно з Міжнародною класифікацією хвороб десятого перегляду (МКХ-10). Усі психічні захворювання об'єднано в чотири групи відповідно до вимог ст. 19 Кримінального кодексу України: хронічне психічне захворювання; тимчасовий розлад психічного здоров'я; недомумство; інші хворобливі стани психіки. На підставі висновків судових психіатрів, що оцінюються разом з іншими доказами, суд у межах кримінального чи цивільного судочинства приймає процесуальне рішення.

# *Розділ 1.* ПРАВОВІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПИТАННЯ СУДОВОЇ ПСИХІАТРІЇ

## **1.1. Предмет і завдання судової психіатрії**

Загальна психіатрія досліджує закономірності виникнення, розвитку та можливі наслідки захворювань, що супроводжуються порушеннями психіки, і вивчає психічні розлади з метою надання психічно хворим психіатричної допомоги, яка полягає в обстеженні, діагностиці, лікуванні, догляді та медико-соціальной реабілітації цих осіб.

Судова психіатрія як галузь загальної психіатрії вивчає психічні розлади відповідно до завдань, які вирішуються в кримінальному та цивільному процесі. На основі висновків судових психіатрів, що підлягають оцінці разом з іншими доказами, суд в межах кримінального чи цивільного судочинства приймає процесуальне рішення (ухвалу, постанову, вирок).

Як зазначалося, загальна психіатрія та її галузь судова психіатрія мають схожі та відмінні риси. Так, зокрема, обидві ці медичні дисципліни вивчають психічні розлади одними методами дослідження, діагностики, мають єдину класифікацію психічних захворювань, єдині терміни та поняття, одну систему наукових поглядів на етіологію та патогенез психічних розладів і систему практичних дій, що полягають у їх виявленні, профілактиці та лікуванні.

Проте на відміну від загальної психіатрії судова, крім зазначеного, виконує судово-психіатричну оцінку психічної патології за допомогою специфічних критеріїв, що зумовлює виокремлення психічної патології, яка має певне юридичне значення і спричинює відповідні

правові наслідки. Отже, предмет судової психіатрії становлять психічні розлади, які мають правове значення у кримінальному та цивільному процесах.

У вужчому розумінні предметом судової психіатрії є визначення психічного стану підекспертних у певні відрізки часу і стосовно певних обставин, що становлять інтерес для слідства і суду.

До об'єктів судово-психіатричної експертизи належать: підекспертний, медична документація, матеріали кримінальної та цивільної справи.

Основними завданнями судово-психіатричної експертизи є такі:

- визначення психічного стану обвинуваченого, підозрюваного чи підсудного в разі виникнення сумнівів щодо їх осудності або можливості на момент провадження у справі усвідомлювати свої дії (бездіяльність) або керувати ними;
- надання висновку про необхідність застосування примусових заходів медичного характеру до осіб, які скоїли суспільно небезпечні дії у стані неосудності чи осудності, але до винесення вироку захворіли на психічну хворобу, яка позбавляє їх можливості усвідомлювати свої дії (бездіяльність) або керувати ними, за умови, що такі особи за характером скоєного ними суспільно небезпечного діяння та хворобливого стану становлять суспільну небезпеку;
- визначення психічного стану свідків чи потерпілих у разі виникнення сумнівів у їх здатності правильно оцінювати обставини, що мають значення у справі, і давати правдиві свідчення;
- визначення психічного стану позивачів і відповідачів, питання про дієздатність яких вирішується судом, а також громадян з метою встановлення їх можливості розуміти значення своїх дій та керувати ними при укладенні цивільно-правових угод.

## **1.2. Підстави призначення і порядок проведення судово-психіатричної експертизи**

Судово-психіатричні експертизи проводять державні та недержавні судово-психіатричні експертні комісії (СПЕК), що підпорядковуються Міністерству охорони здоров'я (МОЗ) України чи отримали на це відповідний дозвіл (ліцензію). Порядок організації СПЕК визначається відомчими нормативними актами МОЗ України, узгодженими з Верховним Судом, Генеральною прокуратурою, Міністерством

внутрішніх справ, Міністерством юстиції України. Згідно з цими нормативними документами СПЕК поділяються на стаціонарні, амбулаторні та стаціонарно-амбулаторні.

Персональний склад СПЕК щорічно затверджується місцевими органами охорони здоров'я, при яких створені ці комісії.

Для проведення стаціонарних експертиз при психіатричних установах створюються спеціалізовані судово-психіатричні стаціонарні відділення для осіб, які утримуються під вартою. В цих відділеннях передбачена зовнішня охорона, яку здійснюють співробітники внутрішніх справ.

Потерпілі й свідки у кримінальних справах, а також підекспертні у цивільних справах, яким призначена стаціонарна судово-психіатрична експертиза, можуть перебувати в загальнопсихіатричних відділеннях та палатах психіатричної установи, де діє стаціонарна СПЕК.

Робота СПЕК організується за зонально-територіальним принципом, і ці комісії обслуговують судово-слідчі органи відповідних областей. Якщо експертна комісія обслуговує дві області, вона називається міжобласною. Перелік територій, які обслуговує міжобласна експертна комісія, затверджується МОЗ України.

Амбулаторні СПЕК організовуються при одній із психіатричних чи психоневрологічних установ міста, області, Автономної Республіки Крим головними управліннями охорони здоров'я цих регіонів. Психіатричні та психоневрологічні установи, при яких створено амбулаторні СПЕК, надають останнім приміщення для проведення експертизи та утримання осіб, які очікують на експертизу, і забезпечують необхідним обладнанням. Витрати на утримання амбулаторних СПЕК включаються в загальний кошторис установ, при яких вони організовані. Якщо амбулаторні СПЕК створюються безпосередньо у слідчих ізоляторах, необхідні приміщення та обладнання надаються адміністрацією цих ізоляторів.

Якщо в результаті амбулаторної експертизи неможливо відповісти на питання судово-слідчих органів, експерти повинні скласти мотивований висновок про необхідність проведення стаціонарної судово-психіатричної експертизи.

Результати експертних досліджень оформлюються у вигляді акта СПЕК, який підписують усі члени комісії. У разі виникнення розбіжностей у поглядах кожний з них дає окремий висновок і несе особисту відповідальність за проведену ним експертизу і даний висновок.

Судово-психіатрична експертна діяльність здійснюється на принципах законності, незалежності, об'єктивності та повноти дослідження.

Незалежність судового експерта забезпечується процесуальним порядком його призначення, заборонаю будь-якого втручання у процес експертизи, кримінальною відповідальністю за те, що він може дати свідомо неправдивий висновок, можливістю призначення повторної експертизи, присутністю учасників процесу при проведенні експертизи у випадках, передбачених законом.

Судово-психіатрична експертиза — це дослідження експерта на основі спеціальних знань матеріальних об'єктів, явищ і процесів, де міститься інформація про обставини справи, якою займаються органи дізнання, попереднього слідства або суду, а також це форма застосування спеціальних знань для вирішення питань, що стоять перед слідством або судом.

Персональний склад експертів для судово-психіатричної експертизи визначає судово-слідчий орган, що призначив експертизу, або керівник медичного закладу, спеціалістам якого доручено проводити експертизу. При цьому кількісний склад експертів не обмежується.

Судово-психіатричний експерт при проведенні експертизи і формулюванні відповідей на запитання судово-слідчих органів керується законодавством України, даними, які містять об'єкти дослідження, і власними спеціальними знаннями.

Підставою для призначення обвинувачуваному судово-психіатричної експертизи можуть бути окремі матеріали справи, що викликають сумнів в осудності та психічній повноцінності обвинувачуваного, і відповідні статті Кримінально-процесуального кодексу України, що передбачають призначення цього виду експертизи. При цьому орган, який призначив експертизу, обов'язково надає експерту матеріали, що спонукають до сумнівів щодо осудності обвинувачуваного.

Початок виконання експертизи відлічується з моменту, коли експерт отримав усі необхідні об'єкти експертизи для того, щоб дати відповіді на поставлені запитання. Завершенням судово-психіатричного дослідження вважається день огляду підекспертного експертною комісією і прийняття нею остаточного рішення.

Експерт не має права розголошувати дані попереднього слідства чи дізнання, які стали відомі йому у зв'язку з проведенням експертизи. За розголошення цих даних, ухиляння чи відмову надати висновки,

а також за надання неправдивого висновку експерт несе відповідальність згідно з чинним законодавством.

Розрізняють такі види судово-психіатричної експертизи: *первинна, повторна, додаткова, одноосібна, комісійна, комплексна.*

За формою проведення судово-психіатричні експертизи поділяються на такі: *амбулаторна, стаціонарна, заочна (посмертна), у кабінеті слідчого, під час судового засідання.*

Відповідно до процесуального законодавства експертиза признається тоді, коли у процесі досудового чи судового слідства постає потреба у спеціальних знаннях. Потреба у психіатричних знаннях, що з'являється у процесі судочинства, є фактичною підставою для призначення судово-психіатричної експертизи. Необхідність використання поряд із психіатричними знаннями суміжних з ними наукових знань є підставою для призначення комплексної експертизи (психолого-психіатричної, нарколого-психіатричної, сексолого-психіатричної та ін.).

Найчастіше судово-психіатрична експертиза признається у зв'язку із сумнівами щодо психічної повноцінності обвинувачуваного, підозрюваного, потерпілого, свідка, цивільного позивача і відповідача, а також особи, щодо якої вирішується питання про цивільну недієздатність. Сумнів у психічній повноцінності означає обґрунтоване припущення про наявність у особи психічного розладу, що може вплинути на юридично значущу поведінку.

Судово-психіатрична експертиза обов'язково проводиться в усіх справах про визнання особи недієздатною внаслідок психічного розладу.

У розглянутих випадках судово-психіатрична експертиза признається обов'язково згідно з прямою вказівкою закону. Водночас така експертиза може стати потрібною для встановлення безпорадного стану потерпілої особи (наприклад, у справах про зґвалтування), у справах про визнання недійсною угоди, укладеної особою в той момент, коли вона не могла усвідомлювати свої дії та (або) керувати ними, а також в інших випадках, коли виникає обґрунтоване припущення про наявність у суб'єкта юридично значущого психічного розладу.

Умовно підстави для призначення судово-психіатричної експертизи поділяються на три групи. До першої групи належать дані, згідно з якими учасник процесу в минулому вже обстежувався психіатром, який діагностував у цієї особи психічний розлад. Це можуть бути



також відомості про те, що особа раніше відмовлялася від спостереження у лікаря-психіатра, була госпіталізована і лікувалась у психіатричній лікарні, була визнана у зв'язку з психічним захворюванням непридатною до військової служби, визнана в іншій справі неосудною або перебувала на примусовому психіатричному лікуванні та ін.

До другої групи обставин, які є підставою для сумніву у психічній повноцінності учасника процесу, належать дані про його неадекватну поведінку (безглузді висловлювання і вчинки, невмотивовані напади агресії тощо) або про прояви психічного розладу, для усвідомлення хворобливого характеру якого навіть не потрібні відповідні медичні знання (наприклад, судомний напад), що є вірогідним свідченням наявності в особи психічного захворювання. Такі відомості можна отримати від осіб, які добре знали підекспертного чи були очевидцями окремих епізодів його неадекватної поведінки.

Відомості про дивну поведінку особи можуть міститись у свідченнях осіб, які беруть участь у справі чи у клопотаннях про призначення судово-психіатричної експертизи. Клопотання може заявити особа, яка має самостійний процесуальний статус (обвинувачуваний, потерпілий, позивач, відповідач та їхні представники). Не має такого права свідок, оскільки його діяльність у процесі обмежується тільки даванням показань. Кожне заявлене клопотання підлягає розгляду суб'єктом, який здійснює провадження у справі. Відомлення в задоволенні клопотання повинно бути мотивованим. Крім того, згадану неадекватну поведінку суб'єкта може безпосередньо спостерігати слідчий або суддя у процесі слідчих (судових) дій.

Третю групу розглядуваних обставин становлять заяви і повідомлення власне громадянина про свої хворобливі переживання й суб'єктивні відчуття зорових, слухових галюцинацій чи інші скарги на наявність у нього розладів психічної діяльності.

Водночас правило про обов'язкове призначення судово-психіатричної експертизи з мотиву тяжкості інкримінованого діяння поширюється тільки на справи про вбивство.

Отже, такими є фактичні підстави для призначення судово-психіатричної експертизи. За результатами зібраних доказів слідчий (суд) повинен самостійно переконатися в необхідності проведення судово-психіатричної експертизи. Юридичною підставою для проведення цієї експертизи є постанова (ухвала) про її призначення, винесена особою, яка здійснює дізнання, слідчим, прокурором або суддею.

### **1.3. Підготовка матеріалів для судово-психіатричної експертизи**

Кожна призначаювана судово-психіатрична експертиза має бути ретельно підготовлена слідчим (судом). Від якості підготовчої роботи багато в чому залежать повнота і всебічність експертного дослідження, а також надійність експертних висновків. Більшість необхідних дій для успішного проведення експертизи має право виконувати тільки орган, що призначає експертизу. Насамперед це стосується матеріалів, які підлягають експертному дослідженню, оскільки експерти неправомочні збирати їх самостійно.

Підготовча діяльність судово-слідчих органів багато в чому визначається характером підстав для призначення експертизи. Якщо серед них фігурують відомості про перебування особи щодо якої вирішується питання про проведення судово-психіатричної експертизи під спостереженням психіатра, експерту необхідно витребувати медичну документацію з відповідних психіатричних установ, а також документацію із судово-психіатричних експертних відділень і комісій (копію акта судово-психіатричної експертизи), якщо така особа надавалась судово-психіатричній експертизі.

Основною такою установою є психоневрологічний диспансер (чи кабінет) за місцем проживання особи. Цей диспансер обслуговує населення закріпленої за ним території — району, області, міста. Саме до нього найчастіше звертаються по психіатричну допомогу. У диспансері зберігаються дані про подання особі, яка обслуговується в ньому, психіатричної допомоги іншими психіатричними установами, включаючи стаціонарні. Це є важливим джерелом для подальших пошуків необхідної медичної документації.

Крім цього судово-слідчі органи повинні надати експертам медичну документацію з наркологічних установ, якщо відомо, що особа лікувалася в них від алкоголізму чи наркоманії. До наркологічних установ належать наркологічні диспансери (кабінети), наркологічні лікарні та відділення.

В окремих випадках експерту-психіатру потрібна медична документація зі звичайних, неспеціалізованих поліклінік, лікарень, медичних пунктів, куди особа могла звертатись у зв'язку із захворюваннями головного мозку — енцефалітом, інсультом, травмою черепа та ін.

Крім збирання медичних документів необхідний допит осіб, яким відомі особливості поведінки суб'єкта дослідження. Це важливо на-

самперед тоді, коли цей суб'єкт раніше не спостерігався у психіатра, а підставою для призначення судово-психіатричної експертизи була неадекватність його поведінки.

Будь-які свідчення про неадекватну поведінку обвинувачуваного мають бути уточненими й деталізованими, у чому конкретно виявлялась неадекватність поведінки.

Відомості про поведінку особи не повинні бути уривчастими і хаотичними. Їх необхідно збирати систематизовано і послідовно. Підвищену увагу слід приділяти таким обставинам, як перенесені захворювання, характер відносин з оточенням, успішність навчання і дисципліна в навчальному закладі, виконання відповідних службових обов'язків, проходження військової служби, родинний стан, вживання спиртних напоїв, наркотичних та інших одурманюючих речовин, здійснення в минулому правопорушень і злочинів, звертання по психіатричну допомогу, перебування на примусовому лікуванні та ін. Особливий інтерес мають становити періоди істотних змін у поведінці суб'єкта, несподівані, різкі зміни в його житті: раптове і різке погіршення успішності; зниження показників праці (наростаюча професійна декваліфікація, неможливість упоратися з покладеними службовими обов'язками, часті звільнення та ін.); поява у суб'єкта невластивих йому раніше брутальності, озлобленості, конфліктності; емоційна холодність, черствість до рідних і близьких, відносини з якими були колись дружніми і теплими; втрата колишніх інтересів і захоплень; постійне зниження соціальної адаптації; наростаюча соціальна дезорганізація і деградація особистості.

Особливу увагу доцільно звернути на період до вчинення злочину, здійснення угоди чи іншої юридичної дії, що є підставою провадження кримінальної чи цивільної справи. Показань щодо вчинків, висловлювань, зовнішнього вигляду суб'єкта (обвинуваченого, потерпілого, позивача та ін.) у зазначений період має бути зібрано якомога більше.

Лише після завершення такої роботи судово-слідчими органами матеріали для експертизи можна вважати підготовленими.

Як свідчить експертна практика, основний недолік підготовки матеріалів для судово-психіатричної експертизи полягає в їх неповноті: відсутня медична документація; не допитуються особи, які добре знали суб'єкта дослідження, про особливості його поведінки; не встановлюються інші обставини, що стосуються предмета експертизи. Це змушує експертів заявляти численні клопотання про надання відсутніх матеріалів, що призводить до затягування термінів експертизи, а отже,

і термінів судочинства, до порушення прав громадян, необґрунтованих втрат часу експертів.

Прийнявши рішення про необхідність призначення судово-психіатричної експертизи, слідчий (суд) повинні визначитись, яким психіатрам чи співробітникам якої судово-психіатричної експертної установи слід доручити її проведення.

Найчастіше експертиза доручається членам СПЕК, що обслуговує відповідний регіон. Будь-яке відхилення від цього загального правила має бути продиктовано поважними причинами. Наприклад, коли через особливості конкретної справи всі члени обласної СПЕК підлягають відводу. У цьому разі проведення експертизи доручається іншим експертам (наприклад, членам СПЕК сусідньої області).

Найпершою у справі доцільно призначати амбулаторну судово-психіатричну експертизу. Стаціонарні експертні дослідження призначаються лише тоді, коли експерти впевнені, що амбулаторних досліджень для відповіді на поставлені запитання недостатньо. Первинна стаціонарна експертиза загалом можлива, але необхідність її проведення має зумовлюватись справді вагомими причинами і бути ґрунтовно мотивована в постанові (ухвалі) про її призначення. Якщо слідчий (суд) призначив стаціонарну судово-психіатричну експертизу, експерти не мають права обмежитися амбулаторною експертизою.

Термін амбулаторної експертизи не повинен перевищувати 20 днів з дня надходження в експертну комісію постанови (ухвали) про її призначення з усіма необхідними матеріалами до дня направлення письмового експертного висновку (акта експертизи) і матеріалів справи слідчому чи суду. У термін виконання амбулаторної експертизи не входить час, пов'язаний з наданням експертам додаткових матеріалів, несвоєчасним прибуттям підекспертного, а також втрати часу, які було допущено не з вини експертів або експертної установи.

Стаціонарна судово-психіатрична експертиза починається з дня надходження в експертну установу постанови (ухвали) про її призначення, матеріалів кримінальної чи цивільної справи або особистої справи заарештованого, а також прибуття до стаціонару підекспертного.

Згідно з діючою Інструкцією про проведення судово-психіатричної експертизи термін перебування підекспертного у стаціонарі не повинен перевищувати 30 днів. У разі потреби цей термін може бути продовжений.

Якщо необхідно продовжити тридцятиденний термін перебування підекспертного у стаціонарі експертної установи, експерти складають

проміжний акт судово-психіатричної експертизи, який направляє-ся органу, що призначив експертизу. Стаціонарна експертиза вважається завершеною після того, як складено і підписано експертний висновок. Термін оформлення висновку чинними нормативними актами не передбачений. Це питання вирішується індивідуально.

Нормативними актами не визначено також терміни заочних і по-смертних експертиз. З огляду на особливості цих експертиз їх терміни не повинні перевищувати граничного терміну амбулаторної ек-спертизи, тобто 20 днів, крім затримок, що виникли не з вини експертів. Експертиза в кабінеті слідчого має бути розрахована на разову при-сутність там експерта.

У суді термін судово-психіатричної експертизи залежить від часу, який потрібен експерту для вивчення матеріалів, вислухування свід-чень учасників процесу, що стосуються предмета експертизи, спсте-реження за підекспертним у залі суду і його експертного огляду в пе-рерві судового засідання (у наданому для цього приміщенні суду).

Суд виносить відповідне рішення лише після того, як заслухає дум-ки всіх учасників судового розгляду.

## **1.4. Права і обов'язки судово-психіатричного експерта**

Термін “судово-психіатричний експерт” вживається у двох основ-них значеннях. Згідно з першим, судово-психіатричний експерт — це співробітник судово-психіатричної експертної установи, у поса-дові обов'язки якого входить проведення судово-психіатричних ек-спертиз. Друге значення має процесуальний характер. У процесуаль-ному значенні судово-психіатричний експерт — це особа, яка не є співробітником експертної установи, але якій у передбаченому зако-ном порядку доручено проведення судово-психіатричної експертизи.

Судово-психіатричний експерт як співробітник експертної устано-ви є службовцем, на якого поширюються норми законодавства про працю (робочий час, відпочинок, трудова дисципліна, посадовий ок-лад тощо), а також правила внутрішнього трудового розпорядку ус-танови, де він працює.

Судово-психіатричний експерт у другому значенні — це самостійна процесуальна фігура, діяльність якої регламентується відповідними положеннями Кримінально-процесуального і Цивільного процесуаль-ного кодексів України. Ці положення можуть не збігатися з нормами трудового права.

Так, співробітник експертної установи зобов'язаний виконати вказівки вищої посадової особи, що перебувають у межах його компетенції. За порушення службових обов'язків судово-психіатричний експерт як службовець несе дисциплінарну відповідальність.

Експерту, який проводить конкретну експертизу, ніхто не має права давати жодних вказівок щодо її проведення. При проведенні конкретної експертизи у складі комісії всі експерти процесуально рівноправні незалежно від того, яку посаду вони обіймають. За порушення процесуальних вимог експерти можуть нести не тільки дисциплінарну, а й юридичну відповідальність (наприклад, за те, що дали свідомо неправдивий висновок).

Згідно з Кримінально-процесуальним і Цивільним процесуальним кодексами всі судово-психіатричні експерти мають певні процесуальні права і процесуальні обов'язки, що має сприяти успішному проведенню експертизи.

Основним обов'язком експерта-психіатра є дослідження наданих йому об'єктів і матеріалів, включаючи психіатричний огляд підекспертного і складання об'єктивного висновку з питань, поставлених судово-слідчим органом, що здійснює розслідування у справі.

Крім того, експерт-психіатр зобов'язаний:

- з'явитися за викликом в орган, що призначив експертизу. Виклик може зумовлюватись необхідністю здійснення експертних досліджень у кабінеті слідчого чи в залі суду або потребою допитати експерта з приводу проведеної ним експертизи;
- заявити самовідвід за наявності підстав, передбачених законом;
- повідомити в письмовій формі про неможливість дати експертний висновок, якщо поставлені питання виходять за межі його спеціальних знань або коли наданих йому матеріалів недостатньо для того, щоб дати висновок;
- не розголошувати дані попереднього розслідування без дозволу органу дізнання, слідчого, прокурора;
- проводити експертизу у присутності слідчого в його кабінеті.

Якщо, на думку експерта, присутність слідчого може негативно позначитись на експертному дослідженні (значно ускладнити необхідний психологічний контакт із підекспертним), він має право просити слідчого про проведення експертного дослідження наодинці з підекспертним. Однак остаточне рішення залишається за слідчим.

За невиконання або неналежне виконання перелічених обов'язків експерт-психіатр несе юридичну відповідальність — дисциплінарну і

кримінальну. Кримінальна відповідальність настає за розголошення даних попереднього розслідування, а також за свідомо неправильний експертний висновок. Експерт, що дав неправильний висновок через недбалість або неправильно вибрану методику дослідження та з інших подібних причин, кримінальної відповідальності не несе, але може бути притягнутий до дисциплінарної відповідальності.

Водночас експерт-психіатр має такі процесуальні права:

- ознайомлюватися з матеріалами справи, що стосуються предмета експертизи; за загальним правилом одержувати матеріали кримінальної чи цивільної справи в повному обсязі (медична документація досліджуваного є складовою цих матеріалів); у разі направлення на експертизу особи, яка перебуває під вартою, одержувати особисту справу заарештованого;
- клопотатися про надання додаткових матеріалів, необхідних для того, щоб дати висновок;
- бути присутнім з дозволу слідчого чи суду при виконанні слідчих (судових) дій, ставити допитуваним запитання, що стосуються предмета експертизи, і просити занести у протокол вагомі обставини для того, щоб дати в подальшому об'єктивний висновок;
- радитися у процесі проведення експертизи з іншими експертами комісії;
- вказувати у своєму висновку обставини, через які не були поставлені необхідні запитання органом, який призначив експертизу, за умови, що ці обставини мають значення для справи і не виходять за межі компетенції експерта; зазначена правомочність експерта називається правом експертної ініціативи;
- викладати на допиті свої показання особисто;
- одержувати відшкодування витрат, пов'язаних із з'явленням за викликом слідчого, судді, відрядженням (проїзд, наймання житла, добові), а також винагороду за проведення експертизи; якщо проведення експертизи входить у службові обов'язки лікаря-психіатра, він не має права на додаткову винагороду за проведену експертизу.

Експерт-психіатр має право відмовитися від проведення експертизи і надання висновку не тільки через те, що поставлені питання виходять за межі його психіатричних знань або недостатньо матеріалів про об'єкт дослідження, а й з інших причин. До підстав для відмови експерта-психіатра від проведення експертизи належать такі:

- відсутність у місці проведення експертизи умов для нормальної експертної роботи (характерно для експертиз, які проводяться поза експертною установою: у кабінеті слідчого, у приміщенні СІЗО, у залі суду);
- неможливість вирішення експертного питання за сучасним рівнем розвитку наукових знань;
- відмовлення особи від проходження експертизи, проведення якої без її згоди неможливе (не потрібна згода підозрюваного, обвинувачуваного, підсудного). Потерпілі й свідки, позивачі й відповідачі піддаються експертизі тільки з їхньої добровільної згоди чи зі згоди їх законних представників (це стосується неповнолітніх і осіб, які визнані судом недієздатними).

Експерт-психіатр не має права повідомляти будь-кому результати проведеної експертизи без дозволу установи, яка її призначила.

При проведенні судово-психіатричної експертизи експерт зобов'язаний зберігати таємниці, які охороняються законом (дані попереднього слідства, лікарську таємницю). Повідомлення експертом-психіатром у своєму висновку чи у процесі свого дослідження відомостей, що становлять лікарську таємницю, зрозуміло, не можна вважати її розголошенням. Тому експерту-психіатру варто повідомляти тільки ті відомості, що становлять лікарську таємницю: стосуються предмета конкретної експертизи; безумовно необхідні для відповіді на поставлені питання.

Згідно з чинним законодавством на експерта-психіатра забороняється покладати обов'язки, не передбачені процесуальним законом і не сумісні зі статусом судового експерта. Тому експерта можна допитувати, але тільки з обставин, що стосуються предмета проведеної ним експертизи, і саме як експерта, а не як свідка. Як свідок експерт-психіатр може допитуватися в судовому засіданні, якщо він дав професійний висновок на адвокатський запит.

При проведенні судово-психіатричної експертизи кількома експертами діє принцип їхньої процесуальної рівноправності. На кожного з них незалежно від місця роботи і обійманої посади в повному обсязі поширюються права і обов'язки, надані судовому експерту процесуальним законом.

З принципом процесуальної рівноправності експертів тісно пов'язано положення про те, що експерт завжди дає висновок від власного імені й несе за нього особисту відповідальність. Експерти, які дійшли одностайної думки, мають право підписати спільний висновок. Екс-



перт чи експерти, не згодні з думкою інших членів експертної комісії, дають власний висновок, а установі, яка призначила експертизу, направляють всі експертні висновки.

Принципу процесуальної рівноправності експертів і положення про особисту відповідальність кожного з них за даний висновок повинні неухильно дотримуватися всі без винятку експертні установи. Між членами СПЕК експертна робота поділяється так: голова комісії здійснює загальну організацію її діяльності та координує дії всіх її членів, лікар-доповідач здійснює первинний огляд підекспертного, заповнює медичну документацію, доповідає на засіданні експертної комісії про зібрані матеріали кримінальної чи цивільної справи, а також про результати обстеження підекспертного. Зміни щодо функціональних обов'язків голови, членів комісії і лікаря-доповідача припустимі лише за умови, що вони не порушують процесуально-правових положень — рівноправності експертів, особистої відповідальності кожного з них за проведене дослідження і даний висновок.

Особи, які беруть участь у судово-психіатричній експертизі, повинні бути компетентними (мати знання, необхідні для надання висновку) і об'єктивними (не мати особистого інтересу до результату справи). Якщо особа не відповідає зазначеним вимогам, вона не має права проводити експертизу і підлягає відводу. Крім того, експерт-психіатр підлягає відводу у справі, якщо він є безпосереднім учасником процесу або родичем будь-кого з учасників процесу, або перебуває у службовій чи іншій залежності від слідчого, прокурора, судді, обвинувачуваного, потерпілого, позивача чи відповідача. Експерт підлягає відводу й у разі виявлення його некомпетентності.

## **1.5. Судово-психіатричний висновок і його оцінка слідчим і судом**

Висновок експертів-психіатрів є одним з доказів як у кримінальній, так і в цивільній справі. У судовій психіатрії документ, який складає експерт-психіатр, називається актом судово-психіатричної експертизи. Експертний акт складається зі вступу, дослідницької та мотиваційної частини висновків. У вступі зазначаються назва документа, його номер і дата складання; форма (спосіб проведення) експертизи — амбулаторна, стаціонарна, заочна тощо; прізвище, ім'я, по батькові підекспертного і рік його народження; статті Кримінального кодексу, за якими обвинувачується підекспертний, з короткою характеристикою

інкримінованого йому діяння чи діянь (для підозрюваного, обвинувачуваного, підсудного) або з короткою характеристикою справи, у межах якої призначено експертизу (для підекспертних, що займають інше процесуальне положення); назва медичної установи, де проводилась експертиза; відомості про експерта (експертів) — посада, лікарська категорія, вчений ступінь чи вчене звання (за їх наявності); установа чи особа, яка призначила експертизу, дату і причину призначення експертизи; відомості про осіб, які були присутніми під час її проведення; питання, що були поставлені перед експертами.

Якщо поставлені питання експертам незрозумілі, вони повинні заявити клопотання перед органом, що призначив експертизу, про необхідність дати роз'яснення. При незадоволенні клопотання експерти мають право не відповідати на незрозумілі їм питання. Якщо ж редакція питання не відповідає положенням сучасної психіатричної науки, але в його змісті експерти не мають сумніву, то відповідь формується відповідно до положень сучасної психіатрії.

В анамнезі відбиваються істотні, з погляду експерта-психіатра, дані про минуле життя підекспертного, його патологічну спадковість (психічні захворювання батьків та інших близьких родичів), особливості формування його особистості, перенесені захворювання, найважливіші в судово-психіатричному аспекті біографічні відомості, а також особливості поведінки підекспертного, його стосунки з оточенням, колишні правопорушення.

Якщо підекспертний спостерігався чи лікувався у психіатра з приводу психічного розладу, то необхідно докладно викласти відомості про цей розлад, про його соціальні та юридичні наслідки, види психіатричної допомоги, встановлення групи інвалідності, попередні судово-психіатричні експертизи, застосування до підекспертного примусових заходів медичного характеру. Експерти повинні вказати джерело всіх наведених ними в акті анамнестичних даних (зі слів підекспертного, відомості з протоколів допитів, медичних чи інших документів). Так, при посиланні на показання свідка вказуються його прізвище і номер аркуша кримінальної справи.

У дослідницькій частині висновку (опис фізичного, неврологічного і психічного станів), який часто називають ще статусом, описуються дані зовнішнього огляду підекспертного, стан його внутрішніх органів, ознаки ураження центральної нервової системи, наводяться результати лабораторних досліджень та інші дані, що характеризують соматичний і неврологічний стан обстежуваної особи і свідчать про наявність чи відсутність патологічних змін.

Опис психічного стану підекспертного при проведенні експертизи (психічний статус) зазвичай вважається центральною частиною акта і містить дані про орієнтування підекспертного в місці, часі, власній особистості, мовний контакт з експертами, дії, висловлювання, мімічні реакції, усвідомлення ним мети направлення на експертизу. За цими даними можна дійти висновку про стан психіки досліджуваного — сприйняття, мислення, пам'ять, емоційно-вольову сферу. У цій частині висновку зазначається також ставлення підекспертного до інкримінованого йому діяння (для обвинувачених) або до інших юридичних дій, що є предметом розгляду в справі.

Особливу увагу приділяють виявленням ознакам психічного розладу. Вони повинні бути зафіксовані докладно і чітко й водночас мати описовий характер. Медичні кваліфікації й оцінки даються в наступних частинах акта. Докладного опису потребують прояви симуляції, якщо вони виявлені у процесі експертного дослідження.

Мотиваційна частина акта містить обґрунтування висновків, а власне висновки експерти формулюють в порядку реалізації ними права експертної ініціативи. У разі виявлення у підекспертного психічного розладу, спочатку наводиться розгорнутий медичний діагноз і лише потім його судово-психіатрична оцінка.

Повідомлення членів амбулаторної експертної комісії про неможливість відповідати на поставлені запитання в амбулаторних умовах і необхідність проведення стаціонарної експертизи також оформлюються актом судово-психіатричної експертизи. Він складається з таких самих частин, що й звичайний акт. Лише в останній його частині замість відповідей на запитання обґрунтовується рішення, прийняте експертами.

Експертний висновок має бути написаний мовою, зрозумілою для осіб, які не мають знань з психіатрії, а спеціальні терміни за змогою повинні бути роз'яснені.

Акт судово-психіатричної експертизи підписується всіма експертами, які здійснювали експертизу, і засвідчується печаткою медичної установи, де її проводили. Висновок, що складається в кабінеті слідчого, підписується експертом (експертами) і долучається до справи слідчим. Якщо експертизу було проведено в судовому засіданні, експерт оголошує підписаний ним письмовий висновок, який суд долучає до справи.

Висновок експертів-психіатрів, як і будь-який доказ, підлягає оцінюванню слідчим, прокурором і судом. При цьому аналізується внут-

рішня структура висновку і його відповідність іншим доказам, зібраним у справі. Оцінюючи експертний висновок, слідчий (суд) зобов'язаний: перевірити дотримання процесуально-правового порядку підготовки, призначення і проведення експертизи; перевірити, чи достатня наукова кваліфікація експертів для відповіді на поставлені запитання і чи не вийшли експерти за межі своєї компетенції; переконатися в повноті експертних досліджень перед тим, як надавати експертний висновок; оцінити наукову обґрунтованість методів експертного дослідження і експертних висновків; оцінити висновки щодо їх відносності, допустимості й місця в системі інших доказів.

Оцінивши поданий експертний висновок, слідчий (суд) або визнає його повним і достовірним, або призначає повторну експертизу.

Якщо у справі є кілька експертних висновків, що містять різні оцінки з одних питань, слідчому, прокурору і судді доцільно оцінити кожного з них у сукупності з іншими доказами. Суд у вирокі чи іншому рішенні (наприклад, при визнанні громадянина неосудним і звільненні його від кримінальної відповідальності) повинен навести мотиви, що зумовили його погодження з одним із висновків і відкидання інших.

В окремих випадках оцінити експертний висновок, а також усунути сумніви, що виникають при його оцінюванні, допомагає допит експерта. За допомогою допиту можна доповнити експертний висновок за умови, що це не потребуватиме від експерта додаткових досліджень (у противному разі необхідна додаткова експертиза). Як зазначалося, допит експерта повинен обмежуватися предметом експертного дослідження. Призначаювана за результатами оцінки нова експертиза може бути як додатковою, так і повторною. Деякі слідчі й судді при повторній експертизі практикують постановку перед експертами питання про обґрунтованість чи правильність висновків попередньої експертизи. Однак ці питання не входять до компетенції експертів, але відповіді на них експерт може лише тоді, коли оцінить усю сукупність наявних доказів, обґрунтованість, правильність, вірогідність різних експертних висновків. Нагадаємо, що це називається винятковим правом експертів.

## *Розділ 2.* **СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНА ЕКСПЕРТИЗА У КРИМІНАЛЬНОМУ ТА ЦИВІЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ**

### **2.1. Судово-психіатрична експертиза підозрюваних і обвинувачених**

Суб'єктом злочину є фізична осудна особа, яка вчинила злочин у віці, з якого відповідно до Кримінального кодексу (КК) України настає кримінальна відповідальність. Згідно зі ст. 22 КК України кримінальній відповідальності підлягають особи, яким до вчинення злочину виповнилося 16 років.

Особа, яка вчинила злочин у віці 14–16 років, підлягає кримінальній відповідальності за умисне вбивство (ст. 115–117 КК України), посягання на життя державного чи громадського діяча, працівника правоохоронного органу, члена громадського формування з охорони громадського порядку і державного кордону або військовослужбовця, судді, народного засідателя чи присяжного у зв'язку з їх діяльністю, пов'язаною зі здійсненням правосуддя, захисника чи представника особи у зв'язку з діяльністю, пов'язаною з поданням правової допомоги, представника іншої держави (ст. 112, 348, 379, 443), умисне середньої тяжкості й тяжке тілесне ушкодження (ст. 112, ч. 2 і 3 ст. 345, 346, 350, 377, 398), диверсію (ст. 113), бандитизм (ст. 257), терористичний акт (ст. 258), захоплення заручників (ст. 147 і 349), звалтування (ст. 152), насильницьке задоволення статевої пристрасті неприродним способом (ст. 153), крадіжку (ст. 185, ч. 1 ст. 262, 308), грабіж (ст. 186, 262, 308), розбій (ст. 187, ч. 3 ст. 262, 308), вимагання (ст. 189, 262, 308),

умисне знищення або пошкодження майна (ч. 2 ст. 194, 347, 352, 378, ч. 2 і 3 ст. 399), пошкодження шляхів сполучення і транспортних засобів (ст. 277), крадіжка або захоплення залізничного рухомого складу, повітряного, морського чи річкового судна (ст. 278), незаконне заволодіння транспортним засобом (ч. 2 і 3 ст. 289), хуліганство (ст. 296 КК України).

Вік, з якого настає кримінальна відповідальність, у різних країнах різний: в Єгипті, Лівані, Іраку — 7 років, Англії — 8 років, Ізраїлі — 9 років, Греції і Франції — 13 років, ФРН — 14 років, Швеції — 15 років.

Для того щоб нести відповідальність за заподіяну шкоду, суб'єкт злочину повинен володіти свідомістю і волею. Тому суб'єктом злочину може бути лише людина — особа фізична, оскільки тільки людина має свідомість і волю й тому може відповідати за свої дії (бути осудною).

Згідно зі ст. 19 КК України осудною визнається особа, яка під час вчинення злочину могла усвідомлювати свої дії (бездіяльність) і керувати ними.

Не підлягає кримінальній відповідальності особа, яка під час вчинення суспільно небезпечного діяння, передбаченого кримінальним законодавством, перебувала у стані неосудності, тобто не могла усвідомлювати свої дії (бездіяльність) та (або) керувати ними через хронічне психічне захворювання, тимчасовий розлад психічної діяльності, недоумство чи інший хворобливий стан психіки. До такої особи за рішенням суду можуть бути застосовані примусові заходи медичного характеру.

Не підлягає покаранню особа, яка вчинила злочин у стані осудності, але до винесення вироку захворіла на психічну хворобу, що позбавляє її можливості усвідомлювати свої дії (бездіяльність) та (або) керувати ними. До такої особи за рішенням суду можуть бути застосовані примусові заходи медичного характеру, а після одужання така особа може підлягати покаранню.

Злочин — діяння провинне. Винність особи припускає її здатність відповідати за свої дії і керувати ними. Лише за таких умов може йтися про відповідальність. Отже, осудність є передумовою вини та ознакою суб'єкта злочину і характеризується таким психічним станом, при якому особа в момент вчинення суспільно небезпечного діяння здатна усвідомлювати свої дії, їх суспільне значення і керувати ними, а також здатна відповідати за вчинений злочин.

В окремих умовах і за деяких обставин особа втрачає можливість правильно усвідомлювати свої дії і керувати ними, і це називається станом неосудності.

*Неосудність* — це зумовлена розладом психічної діяльності особи нездатність розуміти суспільне значення своїх дій, усвідомлювати свої дії та (або) керувати ними в момент вчинення суспільно небезпечного діяння. Особи, які перебувають у такому стані визнаються кримінальним законодавством неосудними, вони не можуть бути суб'єктами злочину і підлягати кримінальній відповідальності.

При визначенні неосудності враховують два взаємопов'язаних критерії — медичний та юридичний.

Медичний критерій неосудності характеризується широким колом психічних захворювань та психічних аномалій і становить собою чотири узагальнені групи психічних розладів: хронічне психічне захворювання, тимчасовий розлад психічної діяльності, недоумство, інший хворобливий стан психіки, встановлений законодавством.

*Хронічне психічне захворювання* (шизофренія, епілепсія, прогресуючий параліч та ін.) — це постійний розлад психіки, що характеризується тривалим перебігом, поступовим ускладненням хворобливого процесу, тенденцією до прогресування, що призводить до глибоких стійких змін особистості хворої особи.

*Тимчасовий розлад психічної діяльності* — це різні за тривалістю хворобливі процеси, що характеризуються раптовістю, швидким розвитком і завжди завершуються одужанням. Вони можуть тривати від кількох хвилин, годин (це гострі, раптові та короточасні розлади психіки, так звані виключні стани) до кількох тижнів, місяців, іноді років. Тому для цієї групи психічних розладів тривалість перебігу захворювання не основна особливість. Основна особливість полягає у принциповій можливості повного одужання, що при хронічних психічних захворюваннях практично неможливо. У цю групу входять такі розлади психічної діяльності: патологічний афект, патологічне сп'яніння, алкогольний делірій та дисоціативні (конверсійні) розлади (конверсійна істерія, істеричний психоз, дисоціативний ступор, транс, психогенна афонія, сплутаність, сутінкові стани та ін.).

*Недоумство* — незворотне, стійке, глибоке зниження пізнавальної та розумової діяльності в поєднанні з порушеннями пам'яті, змінами особистості та відсутністю здатності критично мислити через хворобу мозку (травми, інфекції, інтоксикації, неповний розвиток психіки внаслідок порушення генетичних, ендокринних, обмінних процесів та ін.). Розрізняють недоумство вроджене (олігофренія) і набуте.

*Інший хворобливий стан психіки* — це різні істотні зміни психіки людини (психопатії, інфантилізм, неврози та ін.), що не належать до перших трьох груп.

Медичний критерій неосудності вважається додатковим, оскільки є лише основою юридичного критерію. За наявності медичного критерію тільки постає питання про неосудність, а остаточно встановлюється за наявності юридичного критерію.

Юридичний критерій неосудності має дві ознаки, що впливають з поняття неосудності: інтелектуальну, тобто нездатність особи усвідомлювати значення своїх дій, і вольову, тобто нездатність особи керувати своїми діями. Вольова ознака характерна для такого психічного стану особи, коли вона розуміє суспільне значення вчинку, але нездатна через хворобу керувати собою, бо її воля пошкоджена. Особа в такому стані не може втриматися від вчинку, не може зупинити себе, або не може рухатися, діяти, коли це необхідно. Для наявності юридичного критерію неосудності досить однієї з двох ознак — інтелектуальної або вольової.

Юридичний критерій визначає основний зміст неосудності, засвідчуючи, що особа не може усвідомлювати свої дії (бездіяльність) або керувати ними. Для того щоб визнати особу неосудною, треба встановити наявність у неї хоча б однієї з ознак юридичного критерію (інтелектуальної чи вольової) та однієї ознаки медичного критерію (хронічне психічне захворювання, тимчасовий розлад психічної діяльності, недоумство або інший хворобливий стан психіки). Тільки сукупність цих ознак — однієї медичної та однієї юридичної — становить поняття і підстави неосудності.

Осудність і неосудність — поняття суто кримінально-правові, що можуть застосовуватись лише до злочину і тільки в момент його вчинення. Особи, які вчинили суспільно небезпечні діяння у стані неосудності, не є суб'єктами злочину, не підлягають кримінальній відповідальності та покаранню. До цих осіб можуть застосовуватись лише примусові заходи медичного характеру.

Не належать до неосудності алкогольне та наркотичне сп'яніння. Так, згідно зі ст. 21 КК України особа, яка вчинила злочин у стані сп'яніння внаслідок вживання алкоголю, наркотичних засобів або інших одурманюючих речовин, підлягає кримінальній відповідальності. Закон однаково оцінює всі види фізіологічного сп'яніння — алкогольне, наркотичне, токсичне. Незалежно від виду і стану сп'яніння особа не звільняється від кримінальної відповідальності, оскільки до



такого стану вона призводить себе свідомо. Від фізіологічного сп'яніння відрізняється патологічне, яке є тимчасовим розладом психічної діяльності, тобто створює медичний критерій неосудності.

Водночас особу, засуджену за злочин, вчинений на ґрунті алкоголізму чи наркоманії, суд може направити на примусове лікування до місць позбавлення волі.

До Кримінального кодексу України з 2001 р. введено поняття “обмежена осудність”. Згідно з цим кримінальній відповідальності підлягає 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.

Визнання особи обмежено осудною враховується судом при призначенні покарання і може бути підставою для застосування примусових заходів медичного характеру.

У кримінальному законодавстві деяких країн, зокрема Польщі, Чехії, Угорщини, Югославії, існує поняття зменшеної осудності як додаткової третьої категорії, що перебуває між категоріями осудності та неосудності, і це відрізняє її від обмеженої осудності кримінального законодавства України. Тому що обмежена осудність належить до категорії осудність.

## **2.2. Примусові заходи медичного характеру**

До примусових заходів медичного характеру належить подання амбулаторної психіатричної допомоги, а також поміщення особи, яка вчинила суспільно небезпечне діяння, у спеціальний лікувальний заклад з метою обов'язкового її лікування та запобігання вчиненню нею інших суспільно небезпечних діянь.

Примусові заходи медичного характеру можуть бути застосовані судом до осіб: які вчинили суспільно небезпечні діяння у стані неосудності чи обмеженої осудності, або вчинили злочин у стані осудності, але захворіли на психічну хворобу до винесення вироку або під час відбування покарання.

Залежно від характеру і тяжкості захворювання, тяжкості вчиненого діяння з урахуванням ступеня небезпечності психічно хворого для самого себе або для інших осіб суд може застосовувати такі примусові заходи медичного характеру:

- амбулаторну психіатричну допомогу в примусовому порядку;

- госпіталізацію до психіатричного закладу зі звичайним наглядом;
- госпіталізацію до психіатричного закладу з посиленням наглядом;
- госпіталізацію до психіатричного закладу із суворим наглядом.

Визначаючи вид примусового заходу медичного характеру, який необхідно застосувати до хворого, суд повинен враховувати висновок судово-психіатричної експертизи про характер психічного захворювання і заходи, що слід застосувати до хворої особи. Однак рекомендації експертів для суду не є обов'язковими, оскільки вони встановлюють тип психіатричної лікарні з огляду лише на психічний стан хворого без урахування характеру вчиненого ним діяння, що не належить до компетенції експертів-психіатрів.

Відмінність лікувальних установ, де застосовуються різні види нагляду, полягає в умовах утримання хворих осіб. У психіатричних лікарнях, де встановлено посилений і суворий нагляд, виключається можливість вчинення психічно хворою особою нових суспільно небезпечних дій.

Амбулаторна психіатрична допомога у примусовому порядку може бути застосована судом до особи, яка страждає на психічні розлади і вчинила незначне суспільно небезпечне діяння, якщо за станом психічного здоров'я ця особа не потребує госпіталізації до психіатричного закладу.

Госпіталізація до психіатричного закладу зі звичайним наглядом може бути застосована судом до психічно хворої особи, яка за психічним станом і характером вчиненого суспільно небезпечного діяння потребує утримання у психіатричному закладі й лікування у примусовому порядку.

Госпіталізація до психіатричного закладу з посиленням наглядом може бути застосована судом до психічно хворої особи, яка вчинила суспільно небезпечне діяння, не пов'язане з посяганням на життя інших осіб, і своїм психічним станом не становить загрози для суспільства, але потребує утримання у психіатричному закладі та лікування в умовах посиленого нагляду.

Госпіталізація до психіатричного закладу із суворим наглядом може бути застосована судом до психічно хворої особи, яка вчинила суспільно небезпечне діяння, пов'язане з посяганням на життя інших осіб, а також до психічно хворої особи, яка за психічним станом і характером вчиненого суспільно небезпечного діяння становить особливу

небезпеку для суспільства і потребує утримання у психіатричному закладі та лікування в умовах суворого нагляду.

Якщо не буде визнано за необхідне застосування до психічно хворої особи примусових заходів медичного характеру, а також у разі припинення застосування таких заходів, суд може передати хвору особу на піклування родичам або опікунам з обов'язковим лікарським наглядом.

Застосування примусових заходів медичного характеру до осіб, які вчинили суспільно небезпечні діяння, допускається тільки на підставі та в порядку, передбачених кримінальним законодавством України, і можливо лише в разі доведення вчинення психічно хворою особою суспільно небезпечного діяння, що містить ознаки конкретного злочину.

Згідно зі ст. 92–94 КК України примусовими заходами медичного характеру вважаються заходи державного примусу, застосовані судом до осіб, які вчинили суспільно небезпечні діяння у стані неосудності або осудності, але захворіли до винесення вироку чи під час відбування покарання на душевну хворобу, що позбавляє їх можливості усвідомлювати свої дії (бездіяльність) або керувати ними. Ці заходи не є покаранням, не передбачають судимості й не мають на меті виправлення. Вони застосовуються для лікування і соціальної реабілітації психічно хворих, запобігання вчиненню ними нових суспільно небезпечних діянь, а також для їх власної охорони у передбачених законом випадках незалежно від бажання хворої особи, її законних представників, і змінюються та припиняються лише судом.

Застосування примусових заходів медичного характеру є правом, а не обов'язком суду. Ці заходи можуть застосовуватись лише до осіб, які вчинили передбачені кримінальним законодавством діяння, що становлять значну суспільну небезпеку. Самі ж психічно хворі з урахуванням вчинених ними діянь та їх хворобливого стану є суспільно небезпечними.

Застосовуючи до неосудного примусові заходи медичного характеру, суд не має права зазначати в ухвалі назву конкретної психіатричної лікарні, де здійснюватиметься лікування, а також його строк.

Згідно із Законом України “Про психіатричну допомогу” продовження, зміна або припинення застосування примусових заходів медичного характеру здійснюються судом за заявою представника психіатричного закладу (лікаря-психіатра), який надає особі відповідну психіатричну допомогу, на підставі висновку комісії лікарів-психіат-

рів. Особи, до яких застосовані судом примусові заходи медичного характеру, підлягають огляду комісією лікарів-психіатрів не рідше одного разу на шість місяців для вирішення питання про наявність підстав для звернення до суду із заявою про припинення або зміну застосування такого заходу. Якщо немає підстав для припинення або зміни застосування примусового заходу медичного характеру представник психіатричного закладу (лікар-психіатр), який надає особі відповідну 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 подальшому продовження застосування примусового заходу медичного характеру здійснюється кожного разу на строк щонайдовше шість місяців.

Примусові заходи медичного характеру підлягають припиненню у зв'язку з видужанням особи чи такою зміною її психічного стану, що виключається можливість її суспільної небезпечності. Питання про припинення примусових заходів медичного характеру суд розглядає за поданням представника психіатричного закладу (лікаря-психіатра), де утримується особа. До подання додається висновок комісії лікарів-психіатрів, яка кожні шість місяців оглядала хвору особу.

У разі припинення застосування примусових заходів медичного характеру через зміну психічного стану особи на краще, коли тримати цю особу в психіатричному закладі не є необхідним, суд може передати її на піклування родичам або опікунам з обов'язковим лікарським наглядом.

У разі припинення застосування примусових заходів медичного характеру через видужання особи, яка вчинила злочин у стані осудності, але захворіла на психічну хворобу до винесення вироку, вона підлягає покаранню на загальних засадах, а особа, яка захворіла на психічну хворобу під час відбування покарання, може підлягати подальшому відбуванню покарання.

Примусові заходи медичного характеру не можуть застосовуватися, якщо особа, яка вчинила суспільно небезпечне діяння у стані неосудності або захворіла на душевну хворобу після вчинення злочину, до винесення ухвали видужала чи її стан змінився так істотно, що вона перестала бути суспільно небезпечною.

У разі звільнення від подальшого відбування покарання засудженого, який захворів на хронічне психічне захворювання, суддя має право застосувати до нього примусові заходи медичного характеру

або передати його на піклування органів охорони здоров'я. Якщо за-суджений потребує застосування до нього примусових заходів медич-ного характеру, у постанові (ухвалі) суду має бути вказано, до якого типу лікувальної установи його слід направити.

Примусовий захід медичного характеру слід відрізнити від приму-сового лікування. Різниця полягає в тому, що примусовий захід ме-дичного характеру застосовується до психічно хворих, які вчинили суспільно небезпечне діяння, а примусове лікування застосовується до психічно хворих, які виявляють імовірність вчинення цих діянь.

Під суспільно небезпечним діянням слід розуміти дії або бездіяль-ність, передбачені однією зі статей Кримінального кодексу України. Якщо вчинене особою суспільно небезпечне діяння не буде доведено, у цьому разі примусові заходи медичного характеру до неї не можуть бути застосовані. Питання про лікування та госпіталізацію такої пси-хічно хворої особи вирішується згідно із Законом України “Про пси-хіатричну допомогу”.

Суспільна безпека психічно хворої особи визначається як ризик вчинення нею повторного суспільно небезпечного діяння. Небезпеч-ність психічно хворої особи може зумовлюватись наявністю у неї ма-ячних ідей, галюцинаторних розладів сприймання, тяжких афектив-них станів та інших хворобливих розладів психіки.

Попередження повторних суспільно небезпечних дій психічно хво-рих є одним з основних завдань примусового лікування.

Особа щодо якої вирішується питання про застосування примусо-вих заходів медичного характеру може бути викликана до суду, якщо цьому не заважає характер її психічного захворювання.

Усі психіатричні лікарні, де здійснюються примусові заходи ме-дичного характеру, підпорядковуються місцевим органам охорони здоров'я, а останні, у свою чергу, МОЗ України. Умови утримання, лікування і соціальна реабілітація психічно хворих визначаються тіль-ки їх психічним станом і не залежать від типу психіатричної лікарні. Різняться ці лікарні (відділення) тільки режимом утримання.

Особа, до яких за рішенням суду застосовуються примусові захо-ди медичного характеру, мають усі права пацієнтів психіатричних стаціонарів, передбачені Законом України “Про психіатричну допо-могу”. Вони також визнаються неприцездатними на весь час пере-бування у психіатричному стаціонарі й мають право на соціальне страхування, отримання лікарняного листка та пенсію на загальних підставах.

Непримусові заходи медичного характеру передбачають лікування психічно хворих у психіатричних стаціонарах на загальних підставах, передання їх на піклування родичам або опікунам з обов'язковим лікарським наглядом за місцем проживання. На відміну від примусових заходів медичного характеру непримусові здійснюються та контролюються місцевими органами охорони здоров'я.

### **2.3. Судово-психіатрична експертиза свідків і потерпілих**

Показання свідків і потерпілих на досудовому та судовому слідстві є одним з важливих доказів у кримінальному процесі. Згідно з чинним кримінальним законодавством — свідок зобов'язаний з'явитися за викликом особи, яка здійснювала дізнання, слідчого, прокурора, судді й дати правдиві показання; повідомити все, що йому відомо у справі, і відповісти на поставлені запитання.

Для того щоб бути повноцінним свідком, особа не повинна мати психічної патології, вона має розуміти юридичне значення вчинюваних нею дій і наслідки для обвинуваченого даних нею показань.

Потерпілі за законом мають право відстоювати свої інтереси, заявляти відводи і клопотання, брати участь у дослідженні доказів, ставити запитання, виявляти своє ставлення до слідства, що проводиться, ознайомлюватися з його результатами. Разом з правами потерпілий має й обов'язки: він повинен давати правдиві показання, брати участь в очних ставках, у впізнанні, слідчому експерименті тощо.

Надаючи потерпілому процесуальні права й обов'язки, законодавець виходить із презумпції здатності потерпілого реалізовувати свої права в судово-слідчому процесі. Однак з різних причин ця здатність може бути порушеною.

У процесі судово-психіатричної експертизи свідків і потерпілих не оцінюється вірогідність і зміст показань, бо це належить до компетенції суду, а тільки констатується психічний стан свідка чи потерпілого щодо його здатності правильно сприймати обставини, що мають значення для справи, і давати щодо них правдиві показання. Власне кажучи, йдеться про процесуальну дієздатність цих учасників кримінального процесу.

До умов процесуальної дієздатності належать вік потерпілого, його психічне здоров'я, фізичний стан. Залежно від наявності цих умов потерпілий може бути визнаний процесуально дієздатним, обмежено

дієздатним або цілком недієздатним. Цілком недієздатними є малолітні (віком до 14 років), обмежено дієздатними — неповнолітні (віком 14–18 років), цілком дієздатними особи стають з 18 років.

Найчастіше судово-психіатрична експертиза призначається щодо осіб, які страждають на розумову відсталість (олігофренію), органічне ураження головного мозку або перенесли черепно-мозкову травму та психічну травму у кримінальній ситуації і значно рідше щодо хворих на шизофренію. Експертний висновок набирає особливої актуальності, коли йдеться про потерпілих із психічною патологією, які іноді бувають єдиними свідками вчиненої кримінальної дії. Експертний висновок щодо осіб із психічною патологією повинен відбивати їхню здатність здійснювати процесуальні функції на різних етапах юридичної ситуації з урахуванням характеру та динаміки психічних розладів. Визначення кримінально-процесуальної дієздатності будується за аналогією з формулою осудність-неосудність і дієздатність-недієздатність, що складається з медичного та юридичного критеріїв. Медичний критерій визначається поняттям “психічний розлад”, що охоплює всі форми психічної патології, які входять у класифікацію МКХ-10. Юридичний критерій визначає можливість чи неможливість потерпілої особи правильно сприймати обставини справи і давати про них правдиві показання, розуміти характер і значення вчинених діянь, чинити опір (безпорадний стан). Висновок про безпорадний стан виноситься виходячи з особливостей психічних порушень, властивих потерпілій особі, її здатності прогнозувати й оцінювати небезпечну ситуацію, схильності до реакцій розгубленості та гальмування в екстремальних умовах, швидкості прийняття рішень, поінформованості у статевих взаєминах (при статевих деліктах), а також виходячи з оцінки особливостей емоційно-вольових та інтелектуальних розладів.

Стосовно свідків вирішується лише одне питання: чи можуть вони правильно сприймати обставини, які мають значення для справи, і давати стосовно них правдиві показання.

Якщо всі розглянуті питання вирішуються при експертизі психічно здорових потерпілих, то при огляді осіб з ознаками психічної патології вони набирають специфічних особливостей. Свідком і потерпілим може виявитись особа з будь-якою психічною патологією.

Отже, з огляду на викладене впливає, що потрібно проводити комплексні судові психолого-психіатричні експертизи, при яких констатується не тільки психічне здоров'я потерпілої особи, а й вплив нехворобливих рис характеру на її поведінку у кримінальній і судово-слідчій ситуації.

У кримінальному процесі предметом комплексної психолого-психіатричної експертизи можуть бути свідки і потерпілі. Цей вид експертизи може призначатися на підставі даних про перенесені потерпілим і свідком травми головного мозку, відставання у психічному розвитку, низький інтелектуальний розвиток, недостатність мовних функцій, розлади особистості зі схильністю до фантазування і навіювання, що викликає у слідства і суду сумніви щодо їх можливості правильно сприймати обставини, які мають значення для справи, і давати щодо цих обставин правильні показання. Під час проведення комплексної експертизи експерт-психіатр встановлює наявність чи відсутність у обстежуваної особи нервово-психічних розладів, а експерт-психолог — здатність особи із зазначеними видами патології правильно сприймати обставини, що мають значення для справи, і давати щодо них правильні показання, а також правильно розуміти характер і значення здійснених відносно неї кримінальних дій. У межах комплексної експертизи можуть бути вирішені питання про здатність потерпілої особи (особливо щодо статевих злочинів) чинити опір. Такі особистісні особливості, як млявість, знижена активність, сором'язливість, замкнутість, схильність до реакцій гальмування і розгубленості у нових, складних і екстремальних ситуаціям, можуть виявлятися у поведінці потерпілої особи під час вчинення щодо неї кримінальних дій. Обмежена здатність потерпілої особи чинити опір може залежати і від її вікових ознак, поінформованості щодо статевих взаємин, повноти і глибини розуміння ситуації, емоційного стану (страх, розгубленість, пригніченість). Констатація зазначених особливостей психічної діяльності може бути розцінена слідством і судом як безпорадний стан потерпілої особи. При цьому слід зазначити, що констатація безпорадного стану і вірогідність показань свідків належать до компетенції суду.

Отже, при направленні свідків і потерпілих на комплексну психолого-психіатричну експертизу судово-слідчі органи можуть сформулювати такі запитання.

- Чи страждає підекспертний (свідок чи потерпілий) на психічне захворювання?
- Чи може підекспертний відповідно до свого психічного стану сприймати обставини і давати про них правдиві показання?
- Чи не виявляє підекспертний патологічної схильності до фантазування та псевдології?
- Чи могла потерпіла особа розуміти характер і значення вчинених щодо неї протиправних дій?



- Чи має потерпіла особа будь-які особистісні особливості, які могли вплинути на її поведінку у кримінальній ситуації?
- Чи могла потерпіла особа з огляду на її психічний стан чинити опір у кримінальній ситуації?
- З огляду на теперішній психічний стан підекспертного чи може він брати участь у судово-слідчих діях?

## 2.4. Комплексні судово-психіатричні експертизи

Інструкцією про проведення судово-психіатричної експертизи передбачається можливість комплексних експертних висновків, коли для вирішення питання про психічний стан підекспертного і визначення ступеня тяжкості психічних розладів потрібний компетентний висновок фахівців суміжних галузей знань.

Об'єднання в комплексній експертизі зусиль фахівців, які обізнані з різних галузей знань, потребує суворого дотримання правових гарантій під час її проведення. Тому в поняття комплексної експертизи обов'язково включаються такі ознаки, як розбіжності в компетенції експертів, чіткий розподіл їхніх функцій і складання висновку на основі не тільки особистих досліджень, а й за результатами досліджень інших експертів. Дотримання зазначених умов припускає участь експертів у спільному формуванні та складанні загального висновку. Отже, комплексна експертиза, призначена судово-слідчими органами, правомочна тоді, коли на розгляд експертів пропонується вирішення питань суміжних галузей знань із застосуванням спеціальних методів дослідження для визначення різних психопатологічних і психологічних особливостей підекспертного.

**Комплексна судова психолого-психіатрична експертиза в кримінальному процесі.** Об'єктом цього виду експертизи в кримінальному процесі можуть бути обвинувачені, свідки і потерпілі.

Специфіка методології комплексної експертизи полягає в одночасному дослідженні взаємопов'язаних властивостей і рис об'єкта із застосуванням різноманітних методів різних наук, порівняння та узагальнення отриманих результатів з метою отримання якнайповнішої й достовірної інформації для формування висновків з питань, що становлять інтерес для судово-слідчих органів, коли без кооперації методів і знань з різних галузей науки неможливо вирішити поставлені питання.

Предметом комплексної судової психолого-психіатричної експертизи є фактичні дані й обставини, які мають значення для справи

і встановлюються на основі застосування спеціальних знань експертів. Предмет експертизи може визначатися також предметом відповідної науки, яка використовується як базова в експертному дослідженні.

Найчастіше необхідність проведення такого виду експертизи виникає при експертизі осіб з пограничною психічною патологією, що не виключає осудності. У цьому разі взаємодія психопатологічних, ситуаційних і психологічних чинників найістотніше впливає на характер психічного відтворення доквілля, на особливості рефлексії та вольову регуляцію поведінки особи в юридично значущих ситуаціях. До таких ситуацій належать передкримінальна, кримінальна, післякримінальна, слідча, судова і післясудова.

З огляду на зазначене у завдання комплексної судової психолого-психіатричної експертизи входить встановлення двох основних груп обставин, які становлять інтерес для судово-слідчих органів: характер психічного стану й оцінка його впливу на поведінку обвинувачених, потерпілих і свідків.

Джерелом інформації для такої експертизи можуть бути як власне суб'єкти (обвинувачений, потерпілий, свідок), так і дані про стан їхньої психічної сфери, поведінки, які отримують зі свідчень інших свідків, потерпілих чи співучасників обвинувачуваного, відповідних довідок, історій хвороби та інших видів медичної документації, службових характеристик, актів попередніх експертиз, протоколів слідчих експериментів, долучених до справи листів, щоденників, малюнків тощо.

У сучасних умовах комплексна судова психолого-психіатрична експертиза може вирішувати такі питання:

- визначення можливості обвинувачених із психічними розладами, які не виключають осудності, повною чи неповною мірою усвідомлювати свої дії (бездіяльність) та (або) керувати ними (обмежена осудність);
- оцінка емоційних станів і визначення сильного душевного хвилювання (фізіологічний афект);
- визначення можливості неповнолітніх обвинувачених з відставанням у психічному розвитку повною мірою усвідомлювати свої дії (бездіяльність) та (або) керувати ними;
- визначення безпорадного стану повнолітніх і неповнолітніх потерпілих у справах про статеві злочини;
- оцінка здатності давати свідчення;

- посмертна експертиза психічного стану осіб, які вчинили самогубство;
- експертиза обвинувачених із психопатичними аномаліями особистості та з психічним інфантилізмом;
- визначення рівня моральної шкоди, завданої особі.

Найчастіше комплексна судова психолого-психіатрична експертиза призначається обвинуваченим, які вчинили правопорушення у стані афекту. Приводом для призначення експертизи, як правило, є особливості поведінки обвинуваченого при здійсненні правопорушення: несподівані вчинки, поява невластивих раніше форм поведінки, жорстокість, агресивність, що не відповідають конфліктній ситуації перед вчиненням правопорушення. Мета такої експертизи — встановити у обвинувачуваної особи наявність чи відсутність тимчасового розладу психічної діяльності (компетенція експерта-психіатра), фізіологічного афекту (нормальної, але надзвичайно сильної емоційної реакції) чи інших емоційних станів (компетенція експерта-психолога) у момент вчинення правопорушення.

Комплексна експертиза такого роду дає змогу розмежувати хворобливі та нехворобливі форми афективних реакцій і зробити висновок про осудність або неосудність підекспертного. Проте, дійшовши висновку про нехворобливу природу афективної реакції підекспертного експерт-психіатр з огляду на межі своєї компетенції не може оцінити її глибину і вплив на поведінку обвинуваченого при вчиненні правопорушення. Таку оцінку здійснює експерт-психолог.

Комплексна судова психолого-психіатрична експертиза істотно розширює можливості оцінки афективних станів, оскільки при її проведенні не тільки діагностуються хворобливі розлади психічної діяльності (патологічний афект) особи, а й визначається глибина нормальних психологічних реакцій, зокрема виразності емоційного напруження, що виникло в момент вчинення правопорушення.

Перед комплексною судовою психолого-психіатричною експертизою у справах про фізіологічний афект правомісна постановка таких запитань:

- чи страждає особа на розлад психічної діяльності;
- в якому стані перебувала особа в момент вчинення правопорушення: тимчасового розладу психічної діяльності чи фізіологічного афекту;
- чи могла особа в момент здійснення протиправних дій усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними.

До компетенції експерта-психіатра під час проведення комплексної експертизи неповнолітніх входить встановлення ознак психічного розладу, ступеня цих порушень і вирішення питання осудності–неосудності. У разі визнання підлітка осудним психолог і психіатр уточнюють його здатність повною мірою усвідомлювати свої дії (бездіяльність) та (або) керувати ними.

**Комплексна судово-психіатрична і судово-медична експертиза** призначається тоді, коли йдеться про визначення тяжкості тілесних ушкоджень і психічних порушень, що виникли у потерпілого.

Діагностика психічних розладів і встановлення причинного зв'язку цих розладів з отриманою травмою входить до компетенції судово-психіатричної експертизи, а оцінка тяжкості тілесних ушкоджень — до компетенції судово-медичного експерта.

Однією з форм порушення психіки, що можуть виникнути в результаті насильницьких дій і є предметом комплексної судово-психіатричної та судово-медичної експертизи, є інтоксикаційні психози. Вони виникають внаслідок введення потерпілій особі як отруйних речовин, так і лікарських препаратів у токсичних дозах. Тяжкість тілесних ушкоджень потерпілих під час діагностики інтоксикаційних розладів психіки оцінюється з урахуванням тривалості, глибини, ступеня їх виразності, а також можливого негативного впливу на подальшу працездатність потерпілих.

## **2.5. Судово-психіатрична експертиза в цивільному процесі**

Судово-психіатрична експертиза в цивільному процесі набуває останніми роками дедалі більшого значення у зв'язку з постійним збільшенням кількості справ у цивільному судочинстві. Основна мета судово-психіатричної експертизи — захищати цивільні права та інтереси психічно хворих осіб, які є учасниками цивільного процесу.

Правовий стан громадянина — учасника цивільних відносин визначається такими його ознаками, як правоздатність та дієздатність. Згідно зі ст. 9 Цивільного кодексу (ЦК) України цивільна правоздатність — це “здатність мати цивільні права і обов'язки. Правоздатність громадянина виникає з моменту його народження і припиняється смертю”. Володіти правоздатністю означає, що громадянин може мати в особистій власності майно, користуватися житлом та іншим майном, успадковувати і заповідати майно, вибирати профе-

сію і місце проживання, мати права автора витворів науки, літератури та мистецтва, відкриття, винаходу, раціоналізаторської пропозиції, а також інші майнові та особистісні немайнові права (ст. 10 ЦК України).

Поняття правоздатності нерозривно пов'язано з поняттям дієздатності. У ст. 30 ЦК України наводиться визначення поняття цивільної дієздатності як здатності громадянина набувати своїми діями цивільних прав і створювати для себе цивільні обов'язки. Згідно із законодавством України дієздатність людини в повному обсязі настає з повноліттям (18 років), коли вона досягає психічної зрілості й набуває достатнього життєвого досвіду, що й визначає її здатність правильно усвідомлювати та регулювати свої вчинки. Таким чином, дієздатність порівняно з правоздатністю обмежена фактором віку.

На відміну від правоздатності дієздатність пов'язана з окремими якостями громадянина, у тому числі усвідомлювати значення своїх дій, керувати ними та передбачати їх наслідки. Ці якості залежать не тільки від віку, а й від стану психіки особи. Так, при різних психічних захворюваннях у людини, яка досягла повноліття, може зникнути здатність усвідомлювати значення своїх дій або керувати ними. У цьому разі постає питання про можливість цієї людини здійснювати свої цивільні права і виконувати цивільні обов'язки, тобто про її дієздатність чи недієздатність.

Згідно зі ст. 39 ЦК України “фізична особа може бути визнана судом недієздатною, якщо вона внаслідок хронічного, стійкого психічного розладу не здатна усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними, може бути визнана судом недієздатною у порядку, встановленому ЦПК України. Над нею встановлюється опіка”. Таким чином, у цій статті визначено два критерії недієздатності людини: медичний (психічне захворювання) та юридичний (не може усвідомлювати свої дії та (або) керувати ними).

Психічні захворювання істотно різняться за клінічною картиною, виразністю, глибиною, тяжкістю та формами перебігу. Серед них є такі, що можуть не впливати на можливість людини самостійно здійснювати свої цивільні права. З огляду на це встановлення психіатричного діагнозу ще не означає, що людина недієздатна, вирішальним же є встановлення стійкості, виразності, глибини психічних розладів, що й створюють медичний критерій.

Юридичний критерій особи (не може усвідомлювати свої дії та (або) керувати ними) складається з двох частин: інтелектуальної (не може усвідомлювати значення своїх дій) та вольової (не може керувати

своїми діями). Таким чином, для визнання особи недієздатною необхідно, щоб медичний та юридичний критерії збігалися.

У цьому разі виникає аналогія з неосудністю, але треба пам'ятати, що неосудність завжди належить до конкретної дії в минулому, а недієздатність охоплює всі права людини як у минулому, якщо йдеться про укладення угоди, складання заповіту чи трудові суперечки, так і в майбутньому, якщо вирішується питання про можливість підтримувати шлюбні відносини чи брати участь у вихованні дітей. Тому поняття недієздатності за значенням ширше від неосудності. Різняться вони й тим, що до осіб, визнаних неосудними судом, застосовуються примусові заходи медичного характеру, а над недієздатними особами встановлюється опіка.

Згідно з чинним законодавством України, органами опіки та піклування є виконавчі комітети районних і міських рад народних депутатів, які й призначають опікунів. Особи, які судом визнані недієздатними, не втрачають своїх прав на володіння майном, на його одержання у спадщину за заповітом, але одержати майно у спадщину чи продати його вони можуть лише через свого опікуна. Будь-яка угода, що укладається недієздатною особою без опікуна, є недійсною.

Заяву про визнання хворої особи недієздатною можуть направити до суду державні чи громадські організації, родичі, органи опіки та піклування, психіатричні заклади, прокурор (ст. 256 ЦПК України).

У справах про визнання осіб недієздатними обов'язково призначається судово-психіатрична експертиза, яка за видом може бути стаціонарною, амбулаторною, заочною чи посмертною. Під час проведення такого експертного дослідження експерти-психіатри вирішують питання про характер психічного захворювання особи та її можливість чи неможливість усвідомлювати свої дії та (або) керувати ними.

У разі одужання чи значного поліпшення психічного стану хворої особи, яку визнано недієздатною, суд на підставі відповідних висновків судово-психіатричної експертизи може визнати її дієздатною (ст. 260 ЦПК України). Після такого рішення суд анулює також встановлену над нею опіку.

**Комплексні експертизи в цивільному процесі.** Предметом такої комплексної експертизи можуть бути позивачі й відповідачі при очному огляді. Експертиза в таких випадках проводиться за загальними правилами з участю, в основному, експертів-психіатрів і експертів-психологів.

Зважаючи на складність діагностики при посмертних судово-психіатричних експертизах, останніми роками до участі в них залучаються фахівці різних суміжних галузей знань. Найчастіше в судово-психіатричній практиці постає потреба комплексного аналізу матеріалів цивільної справи та медичної документації за участю психологів і невропатологів.

Мозкова органічна патологія, що з'являється при багатьох захворюваннях головного мозку й інфекціях, її виразність і динаміка багато в чому визначаються локалізацією органічного процесу в головному мозку і його поширеністю. Крім того, внаслідок мозкової органічної патології можуть виникати різні хворобливі стани і спостерігаються атипові перебіги соматичних захворювань. При посмертних експертизах часто необхідно також оцінити психічний стан особи, яка при житті мала пухлину мозку як первинну, так і з метастазами в мозок при інших локалізаціях пухлин. Участь невропатолога, до компетенції якого входить діагностика таких порушень, іноді необхідна для того, щоб якнайточніше діагностувати локалізацію процесу і, отже, характер психічних розладів. Невропатологи залучаються до таких експертиз і тоді, коли оцінюються гострий післяінсультний стан, гострий період після черепно-мозкової травми та в деяких інших випадках.

Невіддільною складовою злоякісних пухлинних захворювань як головного мозку, так і інших органів є інтоксикація, пов'язана із впливом продуктів розпаду пухлини на організм. Інтоксикація впливає на загальний стан і психічні функції хворих (усвідомлення ситуації, оцінка прогнозу свого стану, інтелектуальні та мнестичні функції). На характер психічних порушень впливає також вид проведеного лікування, зокрема й застосування наркотичних препаратів. Тому у проведенні посмертних експертиз особам, які при житті були онкологічно хворими, можуть брати участь онколог і нарколог.

Останніми роками у проведенні посмертних експертиз особам, які хворіли за життя на цукровий діабет та інші ендокринні захворювання часто бере участь ендокринолог. Діапазон психічних розладів при таких захворюваннях доволі широкий — від незначних неврозоподібних порушень до потьмарення свідомості (коматозні стани, пов'язані з підвищенням чи зниженням вмістом цукру в крові, та ін.).

Комплексні судово-психіатричні експертизи за участю терапевта можуть проводитися тоді, коли в особи, яка страждає на різні соматичні захворювання, з'являються психічні порушення у формі або

симптоматичних психозів, або депресивних реакцій. Діагностика психозів при соматичних захворюваннях є компетенцією експертів-психіатрів. Оцінка глибини і виразності депресивних проявів потребує їх співвіднесення з тяжкістю і типом перебігу соматичного захворювання (туберкульоз, захворювання нирок, оперативні втручання тощо), що входить до компетенції терапевта.

## **2.6. Судово-психологічна експертиза**

Об'єктом дослідження судово-психологічних експертів є психологічні прояви людини, що не виходять за межі норми, тобто такі, які не викликають сумніву в її психічній повноцінності. Судово-психологічна експертиза встановлює такі особливості психічної діяльності та їх прояви у поведінці особи, які мають юридичне значення і зумовлюють певні правові наслідки.

Судово-психологічна експертиза призначається на стадії попереднього і судового слідства у кримінальних та цивільних справах підозрюваним, обвинуваченим, свідкам, потерпілим, позивачам і відповідачам різного віку. Об'єктом експертизи є особи, визнані судово-психіатричною експертизою осудними.

Судово-психологічна експертиза може бути складовою комплексного експертного дослідження, якщо перед слідством чи судом постають питання, вирішення яких потребує синтезування спеціальних знань з різних галузей науки (психолого-психіатрична, психолого-медико-психіатрична, медико-психологічна, психолого-автотехнічна, психолого-почеркознавча та психолого-лінгвістична експертизи).

Історичний шлях становлення судово-психологічної експертизи в Україні розпочинався з 1902 р. — з першої праці В. Бехтерева, вперше присвяченої судово-психологічному експериментальному дослідженню. Згодом 1907 р. з ініціативи В. Бехтерева і Д. Дриля в Росії було створено Психоневрологічний інститут, де вперше викладається курс судово-психологічної експертизи.

У 1925 р. було створено Державний інститут з вивчення злочинності та злочинців, де розроблялися наукові засади юридичної психології та психологічної експертизи. Крім того, у Москві, Ленінграді, Києві, Харкові, Мінську, Баку та в інших містах працювали спеціальні кабінети з вивчення особистості злочинця.

У 1929 р. А. Брусиловський у праці “Судово-психологічна експертиза. Її предмет, методика та межі”, яка вийшла друком у Харкові,



здійснив повний аналіз досвіду судово-психологічної експертної діяльності.

Упродовж 1928–1929 рр. точилися обговорення методологічних помилок при дослідженні особистості злочинця і причин злочинності. Різка критика цих помилок призвела до припинення досліджень з багатьох напрямів юридичної психології, у тому числі й судово-психологічної експертизи. З цього часу припинили існувати численні лабораторії і бюро судово-психологічних експертиз, а провідні на той час юристи вважали за неможливе використовувати в судовій практиці психологію як ненауковий і суб'єктивний метод. У цьому зв'язку подальший розвиток судово-психологічної експертизи унеможливився.

Всередині 60-х років ХХ ст. розпочався наступний етап розвитку судово-психологічної експертизи, яка в цей період переживала своє друге народження. Так, у 1965–1966 рр. розпочато викладання спеціальних курсів юридичної та судової психології в юридичних вищих закладах освіти країни, але офіційне визнання судово-психологічна експертиза отримала тільки в 1968 р. Тоді Верховний Суд СРСР своєю постановою підтвердив доцільність залучення до участі в судовому процесі спеціалістів у галузі психології як експертів у справах про злочини неповнолітніх для визначення можливості неповнолітніх, які мають ознаки розумової відсталості, усвідомлювати свої дії та керувати ними.

У 1980 р. Прокуратурою СРСР було розроблено і прийнято методичний лист “Призначення та проведення судово-психологічної експертизи”, який став нормативною базою для активного впровадження цього виду експертного дослідження у кримінальний процес.

Основне завдання судово-психологічної експертизи полягає у визначенні у підекспертного індивідуально-психологічних особливостей, рис характеру; основних властивостей особистості; мотивовірних чинників психічного життя і поведінки; емоційних реакцій і станів; закономірностей перебігу психічних процесів, рівня їх розвитку та специфічних ознак.

До підстав призначення судово-психологічної експертизи належать такі:

- наявність особливостей, що свідчать про надмірну невірноваженість, емоційність, жорстокість, агресивність, покірність, навіюваність, нерішучість тощо;
- тривале перебування у стані тривоги, емоційного напруження, фрустрації;

- відставання рівня психічного розвитку від вікової норми;
- наявність хронічних або невиліковних соматичних захворювань;
- наявність конфліктних відносин з рідними і оточенням перед вчиненням самогубства;
- наявність ситуації або окремих ознак поведінки, що може свідчити про можливість вчинення злочину у стані фізіологічного афекту;
- невідповідність встановлених мотивів злочину характеру вчиненого;
- невідповідність поведінки меті й мотивам вчиненого діяння;
- відмінність поведінки обвинуваченого, свідка, потерпілого від традиційної, властивої для відповідної вікової або статевої групи людей;
- суперечності у свідченнях потерпілого, свідка, що не збігаються з характером ситуації та іншими даними.

Важливим моментом при призначенні судово-психологічної експертизи є чітке визначення її компетенції, можливостей і меж. До питань, які не можуть бути вирішені психологічною експертизою, оскільки не входять до її компетенції, належать:

- питання права (винність або невинність обвинуваченого, визначення форми провини, мотиву, мети і наміру злочину);
- загальна моральна оцінка особистості та діянь обвинувачених, підозрюваних, потерпілих;
- висновок щодо достовірності чи недостовірності показань обвинувачених, підозрюваних, свідків, потерпілих;
- питання, які неможливо вирішити на сучасному рівні розвитку психологічної науки (телепатія, ясновидіння, психокінез, парадіагностика тощо).

Рівень сучасних психологічних наукових знань дає можливість вирішувати такі питання, що постають на стадії попереднього та судового слідства у кримінальних і цивільних справах.

- Які індивідуально-психологічні особливості підекспертного зумовили характер його протиправних дій?
- Чи могли індивідуально-психологічні особливості підекспертного істотно вплинути на його поведінку під час вчиненням ним протиправних дій?
- Чи має підекспертний індивідуально-психологічні особливості, що істотно могли вплинути на характер показань у справі?

- Які психологічні особисті якості та основні мотиваційні чинники поведінки має підекспертна особа? Як вони пов'язані з обставинами, що досліджуються у справі?
- Які особливості мають психологічні чинники сексуально-насильницької поведінки підекспертного у справах про статеві злочини?
- Як сімейна ситуація, виховна поведінка здійснюваного батьками виховного процесу, мотиваційні чинники, індивідуально-психологічні особливості батьків вплинули на емоційний стан, психічний розвиток та відчуття безпечності дитини?
- Чи залежить оцінка дитиною сімейної ситуації від впливу з боку батьків та інших дорослих?
- Чи наявні у підекспертного зміни емоційного стану, індивідуально-психологічні прояви, що перешкоджають активному соціальному функціонуванню його як особистості й виникли через певні обставини?
- Чи здатний підекспертний, з огляду на його вікові особливості, емоційний стан, індивідуально-психологічні особливості, рівень розумового розвитку та умови мікросоціального середовища (залежність, погроза, омана тощо) усвідомлювати реальний сенс власних дій і повною мірою свідомо керувати і передбачати їх наслідки?
- Чи здатний підекспертний, з огляду на його емоційний стан, індивідуально-психологічні особливості, рівень розумового розвитку правильно сприймати обставини, що мають значення для справи, і давати про них відповідні свідчення?
- Чи істотно вплинули індивідуально-психологічні особливості та емоційний стан підекспертного на його поведінку в аварійній ситуації?
- Чи перебував підекспертний у момент скоєння протиправних дій в емоційному стані і в якому саме (сильний страх, пригніченість, розгубленість, відчай, емоційний стрес, фрустрація тощо), що значно вплинуло на його свідомість і поведінку під час виконання ним своїх службових обов'язків?
- Чи перебував підекспертний на момент вчиненням протиправних дій у стані фізіологічного афекту (сильного душевного хвилювання)?
- В якому емоційному стані перебувала особа в період, який передавав її самогубству?

- Чи виник емоційний стан підекспертного в період самогубства внаслідок дій обвинуваченого?
- Чи здатний підекспертний з огляду на рівень його розумового розвитку, індивідуально-психологічні особливості та емоційний стан, правильно розуміти характер і значення вчинених щодо нього дій і чинити опір (у справах про статеві злочини)?
- Чи здатний підекспертний з огляду на рівень його розумового розвитку, індивідуально-психологічні особливості розуміти характер і фактичний зміст власних дій, керувати ними і передбачати їх наслідки?
- Чи має підекспертний відхилення у психічному розвитку, які не є проявами психічного захворювання? Якщо має, то які їх ознаки?
- Чи вплинули та як індивідуальні властивості психічних процесів підекспертного (сприймання, пам'ять, мислення, увага, емоції, воля, інтелект) на адекватність сприйняття особливостей і змісту ситуації, на її відтворення у свідченнях?

Нині залишається багато невирішених проблем судово-психологічної експертизи, серед яких основними є неможливість визначення конкретного психологічного мотиву особистісної діяльності; складність виявлення змісту та ієрархії мотивації особистості; визначення впливу сильних потрясінь на можливість повною мірою усвідомлювати значення своїх дій або керувати ними; психологічні проблеми конфліктів, віктимних типів особистості та суїцидології; удосконалення психолого-автотехнічної, психолого-почеркознавчої та психолого-лінгвістичної експертиз.

### *Розділ 3. КЛІНІЧНА ПСИХОПАТОЛОГІЯ*

Клінічна психопатологія, як і медична наука загалом, складається із симптомів, синдромів і нозологічних одиниць, що наведені у міжнародній класифікації хвороб МКХ-10.

Симптом — це ознака захворювання, якісно новий, невластивий здоровому організму феномен, який можна виявити за допомогою клінічних методів дослідження. Симптом передбачає не тільки появу будь-якого нового, незвичного явища, а й відсутність нормального. При дослідженні клінічної картини захворювання розрізняють функціональні та органічні, сприятливі та несприятливі симптоми.

Синдром — це стійка сукупність симптомів з єдиним патогенезом. Синдром може відбивати клінічну картину захворювання взагалі або його частини. Синдром не рівнозначний захворюванню як нозологічній одиниці, тому що може бути пов'язаний з різними захворюваннями.

Психічні хвороби виявляються у вигляді порушення процесів відчуття, сприймання, пам'яті, мислення, уяви, інтелекту, свідомості, емоцій та волі.

**Розлади відчуття.** Відчуття — це відображення окремих властивостей предметів і явищ при безпосередній дії подразників на органи чуття. У відчуттях людині відкриваються кольори, звуки, пахощі, смак, вага, тепло чи холод речей, що її оточують. Крім того, відчуття дають людині інформацію про зміни в її власному тілі: вона відчуває порушення у функціонуванні внутрішніх органів, положення і рух як усього тіла, так і окремих його частин.

Гіперестезія — підвищене сприймання людиною звичайних зовнішніх подразників, які є нейтральними для неї в нормальному стані. Наприклад, коли звичайне денне світло осліплює людину, колір нав-

колишніх предметів сприймається незвичайно яскравим, а їх контур — надто чітко і контрастно, звуки оглушують, дотик одягу до тіла сприймається болісно, неприємно.

Гіпестезія — зниження сприймання людиною звичайних зовнішніх подразників. Наприклад, коли навколишні предмети сприймаються нечітко, неясково, такими, що втратили форму, чуттєву конкретність, немов застигли і не рухаються.

Сенестопатії — різноманітні неприємні, обтяжливі відчуття, які виникають у різних частинах тіла, втрачаючи предметність.

**Розлади сприймання.** Сприймання — це відображення цілісних предметів і явищ при безпосередній дії подразників на органи чуття. Так, коли людина перебуває в оточенні звичайних речей, у неї формуються цілісні образи навколишніх предметів. Вона бачить ці предмети, чує їх звучання, торкається їх.

Ілюзії — помилкові сприймання людиною реальних предметів і зовнішніх подразників.

Галюцинації — сприймання, що виникають без реальних об'єктів у різних рецепторних полях (зір, слух, смак, нюх, дотик, загальне чуття). У цьому зв'язку розрізняють галюцинації зорові, слухові, смакові, нюхові, тактильні (дотикові) та вісцеральні (загального чуття). Крім того, галюцинації поділяються на прості та складні, рухомі та нерухомі, істинні та псевдогалюцинації.

**Розлади пам'яті.** Пам'ять — це відображення предметів і явищ дійсності у психіці людини в той час, коли вони вже безпосередньо не діють на її органи чуття. Пам'ять включає такі процеси: запам'ятовування, зберігання, забування та відтворення.

Дисмнезії — різні види послаблення пам'яті у вигляді зниження запам'ятовування, зберігання та відтворення інформації.

Амнезія — відсутність пам'яті щодо певного проміжку часу.

Ретроградна амнезія — випадіння з пам'яті подій, які безпосередньо передували безтямному стану чи іншому порушенню психічної діяльності.

Антероградна амнезія — втрата спогадів про події, що відбувалися після безтямного стану чи іншого розладу психіки.

Фіксаційна амнезія — втрата можливості запам'ятовування, відсутність пам'яті щодо поточних подій.

Кофабуляції — неправдиві, помилкові, хибні спогади про події, які ніколи не відбувалися.

**Розлади мислення.** Мислення — це процес опосередкованого й узагальненого відображення людиною предметів і явищ об'єктивної

дійсності в їхніх істотних властивостях, зв'язках і відносинах. Відображення на стадії мислення відрізняється від чуттєвого пізнання на стадії сприймання тим, що мислення відбиває дійсність опосередковано, за допомогою мисленневих операцій, мови й мовлення, письма, знань тощо.

Розлади мислення поділяються на три групи: специфічні види патологічного мислення — маячення та обсесії; розлади перебігу думок — прискорення, загальмованість, ґрунтовність; порушення відчуття володіння своїми думками — розірваність, паралогічність.

Прискорення мислення — це збільшення кількості асоціацій і легкість їх виникнення, думки виникають безперервно, висновки поверхневі. Постійно прискорюючись, мислення може відбуватись у вигляді стрибків ідей, калейдоскопічної зміни думок, образів, уявлень. Зміст мислення в таких випадках постійно змінюється залежно від вимовленого слова, речей, які потрапили в поле зору.

Розірваність, безладність мислення — втрата здатності до створення асоціативних зв'язків, аналізу, синтезу, узагальнення. Наприклад, коли мова складається з набору окремих слів, які вимовляються хаотично і ґраматично не взаємопов'язані.

Загальмованість процесу мислення — уповільнення виникнення асоціацій і зменшення їх кількості. Наприклад, коли думки і уявлення створюються важко, їх мало, зміст одноманітний. Хворі на загальмованість процесу мислення скаржаться на втрату здатності мислити, послаблення розумових здібностей, інтелектуальну неспроможність.

Докладність, ґрунтовність мислення — загальмованість створення нових асоціацій через існування попередніх. При цьому людина втрачає здатність розрізняти основну і другорядну, суттєву і несуттєву, що призводить до зниження продуктивності мислення. Наприклад, при викладенні будь-яких думок залучає непотрібні деталі, старанно описує дрібниці, що не мають жодного значення.

Паралогічне мислення — поєднання непорівнянних обставин, явищ, положень; протилежних ідей, образів з довільною заміною одних понять іншими, втратою логічних зв'язків.

Нав'язливі явища (обсесії) полягають у тому, що у хворих примусово, нездоланно виникають думки, уявлення, спогади, сумніви, страхи, бажання, дії, рухи при усвідомленні їх хворобливості та критичному до них ставленні.

Маячення — некориговане встановлення зв'язків і відношень між явищами, подіями, людьми без реального підґрунтя. Ідея вважається

маячною, коли вона не відповідає дійсності, викривлено відбиває реальність, повністю охоплює свідомість, попри наявні суперечності стає недоступною для виправлення. Найчастіше виникають маячні ідеї переслідування, отруєння, відношення, іпохондричні та сутяжно-кверулянтські.

**Розлади емоцій.** Емоції — це суб'єктивний стан людини, який виникає у відповідь на вплив зовнішніх чи внутрішніх подразників і виявляється у вигляді переживань.

Для депресивного (меланхолічного) синдрому характерні знижений настрій, загальмованість мислення та рухів. При цьому оточення сприймається людиною в темному світлі; речі, що приносили задоволення в минулому, втрачають зміст і значення, перестають бути актуальними; у пам'яті спливають тільки переоцінені колишні образи, нещастя та неправильні вчинки, минуле сприймається як ланцюг помилок, а майбутнє — похмурим і безрадисним. Хворі цілими днями сидять в одній позі з низько опущеною головою, рухи вкрай загальмовані, вираз обличчя скорботний, прагнення до діяльності відсутнє.

Депресивна симптоматика може поєднуватися з астенічною, трижовною, дисфорічною, вегетативною, соматичною, сенестопатичною, іпохондричною, ажитованою симптоматикою, а також з маячними ідеями переслідування, відношення, отруєння, завданої шкоди тощо.

Для маніакального синдрому характерні підвищений настрій, прискорене мислення, балакучість, потяг до діяльності. Хворі виглядають жвавими, веселими, підвищено відвертими, оптимістично налаштованими, відчувають підвищену бадьорість, прилив сил та енергії. Попри прискорене мислення і бажання діяти, хворі залишаються неспроможними завершити розпочату справу, часто потрапляють у безглузді ситуації, не здатні критично оцінити власну діяльність і хворобливий стан.

**Розлади волі.** Воля — це особлива форма активності людини, що полягає у здійсненні дій, скерованих на усвідомлену мету, і потребує зусиль для подолання зовнішніх і внутрішніх перешкод на шляху до цієї мети.

Гіпобулія — зниження вольової активності, обмеженість спонукань до діяльності.

Абулія — відсутність спонукань, втрата бажань, цілковита бездіяльність.



До розладів волі належать також такі патологічні стани інстинктів:

- поліфагія — надмірне вживання їжі;
- анорексія — відмовляння від їжі;
- гіперсексуальність — посилення статевого потягу;
- гіпосексуальність — послаблення статевого потягу (імпотенція у чоловіків, фригідність у жінок);
- садизм — статеве збудження під час нанесення партнеру фізичної болі;
- мазохізм — статеве збудження при фізичному та моральному приниженні;
- фетишизм — статеве збудження та задоволення при розгляданні, обмацуванні одягу особи протилежної статі;
- ексгібіціонізм — статеве збудження при демонстрації своїх статевих органів особі протилежної статі;
- гомосексуалізм і лесбійанство — статеві зв'язки з особами своєї статі;
- зоофілія — статевий потяг до тварин;
- педофілія — статевий потяг до дітей;
- геронтофілія — статевий потяг до осіб похилого віку;
- нарцисизм — самозакоханість, статевий потяг до власного тіла;
- вуайеризм — статеве збудження та задоволення при підгляданні за статевим актом інших осіб.

**Розлади свідомості.** Деперсоналізація — розлад самосвідомості, відчуття втрати, зміни, роздвоєння чи відчуження власного Я.

Дереалізація — стан, коли довкілля сприймається нечітко, неясно, нереально, розмито, прозоро, безбарвно.

Порушення орієнтирів у місці, часі та власній особистості виявляються при деліріозних, аментивних та онейроїдних станах.

## *Розділ 4.* **ХРОНІЧНІ ПСИХІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ**

Хронічне психічне захворювання — це розлад психічної діяльності, що характеризується тривалим перебігом і тенденцією до наростання хворобливих явищ. В окремих випадках у хворих спостерігаються періоди тимчасового покращання стану, так звані ремісії, але це не означає видужання. До хронічних психічних захворювань належать шизофренія, хронічні маячні розлади, епілепсія, маніакально-депресивний психоз, органічне ураження головного мозку та ін.

### **4.1. Шизофренія**

Шизофренічні розлади загалом характеризуються розладами мислення і сприйняття, неадекватним чи зниженим афектом. Порушення мислення виникають тоді, коли незначні ознаки предметів чи явищ, які зазвичай приглушені у людини при нормальній цілеспрямованій психічній діяльності, у хворих починають переважати і замінюють адекватніші у конкретній ситуації. При цьому мислення хворого стає нечітким, переривчастим і невиразним, з відчуттям переривання думок чи їх відібранням. Початок захворювання може бути гострим з вираженими порушеннями поведінки або поступовим з наростаючим розвитком хворобливих явищ. Перебіг захворювання (безперервний, приступоподібний, періодичний) супроводжується змінами особистості, наростанням специфічного шизофренічного дефекту, різноманітним симптомам і синдромів.

Хоча чітких симптомів при шизофренії не існує, для практичних цілей доцільно поділити їх на групи, які часто поєднуються і стають важливими для діагностики цього захворювання:

1) відлуння думок, вкладання чи відбирання, відкритість думок;  
2) маячення впливу з пасивністю рухів тіла, кінцівок, думок і відчуттів; маячне сприйняття довкілля;

3) слухові галюцинації, які коментують поведінку хворого, обговорюють його і можуть виходити з будь-якої частини його тіла;

4) стійкі маячні ідеї, такі як ідентифікація себе з релігійними чи політичними постатями, заяви про надлюдські здібності (наприклад, про можливість керувати погодою чи про спілкування з інопланетянами);

5) постійні галюцинації будь-якого сенсорного поля (смакового, нюхового, зорового, тактильного, вісцерального), які супроводжуються нестійкими, несформованими маячними чи надцінними ідеями без чіткого емоційного змісту, що можуть з'являтися щодня протягом тижнів чи навіть місяців;

6) переривання розумових процесів чи поява думок, які втручаються у роздуми хворих і можуть призвести до розірваності та непослідовності вимови чи появи неологізмів;

7) кататонічні розлади (збудження, застигання, заклякність, воскова гнучкість, негативізм, мутизм, ступор);

8) "негативні" симптоми (виражена апатія, бідність мови, згладженість чи неадекватність емоційних реакцій, соціальна відгородженість, зниження соціальної продуктивності);

9) значна зміна поведінки, що виявляється як втрата інтересів, нецілеспрямованість, бездіяльність, самозаглибленість, соціальна аутизація.

Типовою вимогою для діагностики шизофренії є наявність у особи як мінімум одного чіткого симптому чи двох менш виразних симптомів, що належать до груп 1–4, або двох симптомів, що належать до груп 5–9, які повинні тривати щонайменше місяць.

Провісники захворювання можуть передувати гострому психотичному епізоду протягом тижнів чи навіть місяців. До таких симптомів (провісників) належать втрата інтересу до роботи, соціальної діяльності, власної зовнішності, гігієнічних звичок. Ці симптоми можуть поєднуватися з тривогою, страхом, легким ступенем депресії. На початку захворювання часто спостерігаються неврозоподібні розлади, невиразні скарги соматичного характеру, почуття втоми, немотивовані зміни настрою, що виникають без об'єктивних причин. Повільний розвиток хвороби дає змогу хворим тривалий час зберігати соціальну адаптацію. Наявність таких симптомів, як збудливість, дратівливість,

злостивість, брутальність, нестійкість настрою, схильність до дисфорій, навіюваність, які поєднуються з емоційним і вольовим зниженням, створюють сприятливе підґрунтя для здійснення різних антисоціальних дій. Криміногенність таких хворих посилюється вживанням алкогольних напоїв і наркотичних засобів.

Попри різноманіття симптомів і синдромів шизофренії, це захворювання можна поділити на такі форми: параноїдну, гебефренічну, кататонічну.

Клінічна картина **параноїдної шизофренії** характеризується порівняно стабільним параноїдним маяченням, що найчастіше супроводжується розладами сприйняття (слуховими галюцинаціями).

Структура параноїдних синдромів може складатися з таких симптомів:

- маячні ідеї переслідування, відносин і значення; маячні ідеї високого походження, особливого призначення, тілесних змін чи ревнощів;
- слухові галюцинації загрозливого чи імперативного характеру (можуть виникати зорові галюцинації, але вони рідко є основним симптомом);
- нюхові чи смакові галюцинації, сексуальні чи інші тілесні відчуття.

Крім того, на гострих стадіях захворювання можуть виявлятися розлади мислення, певна емоційна неадекватність і розлади настрою, зокрема дратівливість, раптовий гнів, страхи, підозрілість.

**Гебефренічна шизофренія** — це форма захворювання, коли явно виражені емоційні зміни: неглибокий і неадекватний афект, що супроводжується хихиканням, самовдоволенням, самопоглиненою посмішкою, величними манерами, кривлянням, витівками, іпохондричними скаргами і постійним повторюванням висловлювань. Крім виражених емоційних змін при цій формі шизофренії спостерігаються фрагментарні й нестійкі маячні ідеї та галюцинації, безвідповідальна і непередбачувана поведінка, дезорганізовані, переривчасті мислення і вимова, тенденція до ізоляції і безцільної поведінки, позбавленої емоційного забарвлення. Ця форма шизофренії починає виразно виявлятися у віці 15–25 років і має негативний прогноз через швидке розвинення “негативних” симптомів, спрощений афект і втрату спонукань.

Потяг і рішучість у таких хворих втрачаються, цілі втрачені, поведінка стає безцільною і безглуздою. Поверхнєве і манірне захоплення

релігією, філософією та іншими різноманітними теоріями створюють труднощі для стеження за думкою хворого.

**Кататонічна шизофренія** характеризується такими розладами:

- ступором (зниження реакцій на довкілля, зниження спонтанних рухів і активності) або мутизмом;
- збудженням (безцільна моторна активність, не підвладна зовнішнім стимулам);
- застигання, залякність (добровільне прийняття і утримання неадекватної чи вигадливої пози);
- негативізмом (безглуздий опір чи рух у протилежному напрямку у відповідь на всі інструкції або спроби змінити позу чи зрушити хворого з місця);
- ригідністю (утримання пози у відповідь на спробу змінити її);
- восковою гнучкістю (утримання частин тіла у штучно створеній позі);
- автоматичною підкореністю і персеверацією.

З невідомих причин нині кататонічна шизофренія рідко спостерігається в індустріально розвинених країнах.

**Постшизофренічна депресія** виникає як наслідок перенесеної шизофренії, коли окремі шизофренічні симптоми ще зберігаються, але не домінують у клінічній картині захворювання; при цьому на перше місце висуваються різні за вираженістю депресивні стани з підвищеним суїцидальним ризиком.

**Резидуальна шизофренія** характеризується виразними негативними шизофренічними симптомами (психомоторне уповільнення, знижена активність, емоційна згладжуваність, пасивність, відсутність ініціативи; бідність мови як за змістом, так і за кількістю слів; бідність міміки; слабка модуляція голосу, невиразність пози); недостатність навичок самообслуговування і соціальної продуктивності; наявність у минулому хоча б одного виразного психотичного епізоду, який відповідав критеріям шизофренії; наявність періоду (хоча б в один рік), коли інтенсивність і частота виразних симптомів (маячення, галюцинації) були або мінімальними, або значно скороченими за наявності негативних шизофренічних симптомів; відсутність деменції чи іншої мозкової патології; відсутність хронічної депресії чи явищ госпіталізму, що пояснювало б наявність негативних порушень.

**Проста шизофренія** виявляється поступовим прогресуючим розвитком чудернацької поведінки, нездатністю відповідати вимогам суспільства, зниженням загальної продуктивності. Маячні розлади і

галюцинації можуть не спостерігатися. Для цієї форми шизофренії характерні негативні ознаки резидуальної шизофренії (спрошення афекту, втрата спонукань тощо), що розвиваються без попередніх виразних психотичних симптомів. Такі хворі стають самопоглиненими, ледачими, втрачають будь-яку мету, а при зростаючій соціальній бідності може виявитися бродяжництво. У цю групу входить також сенестопатична шизофренія.

**Шизотиповий розлад** характеризується неадекватним чи стриманим афектом, хворі виглядають емоційно холодними і відчуженими; їх поведінка, зовнішній вигляд чудакуваті, ексцентричні чи дивні; хворі погано контактують з оточенням, виявляється тенденція до соціальної відгороженості; мають дивні переконання чи магічне мислення, що впливають на поведінку і стають несумісними із субкультуральними нормами; виникають підозрілість, чи параноїдні ідеї; нав'язливі міркування без внутрішнього опору, часто з дисморфобічним, сексуальним чи агресивним змістом; незвичайні феномени сприйняття, у тому числі соматосенсорні (тілесні) чи інші ілюзії, деперсоналізація чи дереалізація; мислення аморфне, докладне, метафоричне, гіпердеталізоване чи стереотипне, що виявляється дивною, вигадливою мовою без вираженої переривчастості; транзиторні психотичні епізоди з ілюзіями, слуховими чи іншими галюцинаціями, маячноподібними ідеями, які виникають, як правило, без зовнішньої провокації.

Розлад має хронічний характер з коливаннями інтенсивності. Точний початок захворювання важко визначити, а перебіг має характер особистісних розладів. Найчастіше розлади зустрічаються в осіб, які генетично пов'язані із хворими на шизофренією. До цієї групи входять погранична, латентна та псевдоневротична шизофренія, а також шизотиповий особистісний розлад.

**Судово-психіатрична оцінка.** Майже половина підекспертних, які піддавалися судово-психіатричній експертизі у кримінальних справах і були визнані неосудними, страждали на шизофренією. Визнання особи, яка страждає на шизофренією з різним типом перебігу, неосудною чи осудною залежить від багатьох чинників (клінічна картина психозу; виразні зміни особистості, що виникли внаслідок захворювання; симптоми дефекту в емоційній, вольовій і когнітивній сферах).

Особи, які страждають на шизофренією, визнаються неосудними тоді, коли захворювання має хронічний перебіг і навіть ремісія (поліпшення стану) має нестійкий і неглибокий характер.

Якщо правопорушення вчинене хворим на шизофренію в період стійкої ремісії без виразних змін особистості, зазвичай він визнається осудним. Це рішення приймається тоді, коли ремісія без помітних особистісних змін тривала довго, а хворий був добре соціально адаптований, і його психічний стан у психотравмуючій ситуації, яка пов'язана із судово-слідчим розслідуванням, не погіршувався.

При виникненні шизофренії після вчинення правопорушення чи у період перед винесенням вироку, чи під час перебування в місцях позбавлення волі хворі звільняються від відбування покарання, хоча стосовно інкримінованих їм дій вони були визнані осудними. Таких хворих за рішенням суду направляють до психіатричних лікарень для здійснення примусових заходів медичного характеру.

Під час судово-психіатричного огляду хворі на шизофренію іноді вдаються до дисимуляції наявних у них психічних порушень. Це найчастіше спостерігається у хворих з депресивними і маячними розладами. Такі особи всіляко намагаються довести, що вони психічно здорові, вважаючи за краще нести відповідальність за вчинене правопорушення, ніж бути визнаними психічно хворими.

Великі утруднення виникають при розпізнаванні клінічної картини шизофренії на початкових її етапах, а також при млявому її перебігу, коли переважають психопато- та неврозоподібні розлади. У цьому разі часто недооцінюється ступінь змін особистості і переоцінюється значення психотравмуючих факторів. Визнані осудними такі особи можуть тривалий час перебувати в місцях позбавлення волі, відбувати покарання, а потім у результаті загострення хвороби чи наявних у них змін особистості вчинити повторні суспільно небезпечні дії.

Здатність свідків і потерпілих, які страждають на шизофренію, брати участь у судово-слідчому процесі, правильно сприймати обставини у справі й давати про них правильні показання обов'язково повинна оцінюватися з урахуванням збережених сторін їхньої психічної діяльності, а також залежно від характеру аналізованої кримінальної ситуації, учасниками якої вони виявилися. Якщо зазначені принципи буде взято за основу, цивільні права психічно хворих — потерпілих і свідків — завжди дотримуватимуться.

Часто хворі на шизофренію піддаються судово-психіатричному огляду в цивільному процесі під час вирішення питань їхньої дієздатності і встановлення над ними опіки. Необхідність охорони прав психічно хворих під час вирішення питань профілактики суспільно небезпечних дій і становлять основну мету і значення цих експертиз.

Експертні оцінки осудності й дієздатності в окремих випадках можуть відрізнитися. Питання про дієздатність розглядається як здатність особи розуміти значення своїх дій і керувати ними і найчастіше скеровується в майбутнє (майнові угоди, шлюбні відносини, виховання дітей), а осудність завжди пов'язана з конкретним періодом у минулому.

## 4.2. Хронічні маячні розлади

Група хронічних маячних розладів включає різні їх види, коли хронічне маячення є єдиної чи найпомітнішою клінічною характеристикою. Хронічний маячний розлад характеризується розвитком монотематичного чи систематизованого політематичного маячення, що має хронічний перебіг і зберігається протягом усього життя. Найчастіше це маячні ідеї переслідування, величі, ревнощів, різні іпохондричні ідеї, висловлювання і переконання, що у хворого химерне тіло або що оточуючим здається, що від нього йде поганий запах чи він гомосексуаліст. Іншої симптоматики може й не виявлятися, але періодично можуть виникати депресивні симптоми, а в деяких випадках — нюхові чи тактильні галюцинації.

Як правило, захворювання починається в середньому віці, а різні маячні ідеї можуть бути пов'язані з життєвими обставинами.

До цієї групи входять параноя, пізня парафренія, параноїдні стани, параноїдний психоз, сензитивне маячення відносин, інволюційний параноїд, кверулянтна форма параної, маячна форма дисморфофобії.

Типовим представником цієї групи є **інволюційний параноїд**, який уперше розвивається в передпохилому віці, найчастіше у жінок на тлі клімаксу. На початку захворювання у хворих з'являються підозрілість, сторожкість у ставленні до оточуючих, у тому числі до рідних і близьких. У подальшому поступово формуються маячні ідеї переслідування, відносин, ревнощів, збитку. Маячні ідеї об'єднані загальним змістом, переживаннями матеріально-морального збитку, будуються виключно на основі інтерпретації реальних фактів і вирізняються удаваною правдоподібністю. Вичерпуються маячні ідеї повсякденним змістом, становлять немов перебільшену і спотворену дійсність, особливо в ситуаційно побутових відносинах. Хворі переконані, що їх обкрадають, псують речі, витягують нитки з одягу, сусіди й родичі чинять їм каверзи, хочуть вижити, відібрати належну їм житлову площу, співробітники прагнуть скомпрометувати, зайняти їхнє місце, щоб одер-



жувати подвійну зарплатню, їм зраджують, планують заволодіти майном, суперниці чи суперники вдаються до різних хитрощів. Маячні ідеї у таких хворих вирізняються одноманітністю, малим розмахом, бідністю аргументації та спрямованістю проти вузького кола осіб з найближчого оточення. Хворі різними способами намагаються встановити, які продукти й у якій кількості в них викрадають, роблячи для цього спеціальні позначки на посуді й у місцях зберігання їжі. У власній квартирі чи кімнаті вони у спеціальний спосіб розташовують різні предмети, прикріплюють до замка нитки з метою встановити, що за їхньої відсутності хтось проникає до помешкання. Переглядають свої речі, виявляючи їх дрібне псування.

Захворювання на хронічні маячні розлади характеризуються багаторічним одноманітним перебігом при незмінній клінічній картині. Попри наявність маячних ідей поведінка хворих залишається зовні впорядкованою, зберігаються рівний настрій і активність. Часто фіксується схильність до дисимуляції маячних переживань, коли тривалий період їхнє маячне тлумачення реальних подій залишається невідомим тим, хто постійно спілкується з ними — родичам, дружинам, сусідам. При цьому у таких хворих зберігаються адаптаційні можливості, завдяки яким вони добре пристосовуються до життя.

**Судово-психіатрична оцінка хронічних маячних розладів.** Маячні ідеї переслідування, отруєння, викрадення і ревнощів найчастіше виявляються в агресивній поведінці хворих, що спрямована на удаваних переслідувачів, грабіжників, суперників.

Хворі, які вчинили суспільно небезпечні дії з хворобливих мотивів, не можуть усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними. Згідно зі ст. 19 КК України вони не підлягають кримінальній відповідальності й до них слід застосувати примусові заходи медичного характеру. Суспільна безпека хворих на хронічні маячні розлади зумовлена особливостями їхніх маячних ідей, спрямованих на реальних осіб з найближчого оточення. Ці особливості необхідно враховувати при виборі рекомендованих примусових заходів медичного характеру згідно зі ст. 93, 94 КК України.

У судово-психіатричній практиці зафіксовано спостереження, коли хронічний маячний розлад виявляється вже після здійснення правопорушення, коли хворий вперше потрапляє до судово-психіатричних експертів.

Основне завдання експертизи в цих випадках полягає у встановленні часу початку захворювання — до чи після здійснення небезпечного діяння.

З метою вирішення експертних питань потрібний клінічний аналіз стану хворого в період його перебування на експертизі порівняно з об'єктивними даними, що характеризують його поведінку до здійснення небезпечного діяння. В одних випадках у такий спосіб встановлюється початок захворювання до здійснення кримінальних дій, і тоді хворий визнається нездатними усвідомлювати значення своїх дій і керувати ними. В інших спостереженнях хронічний маячний розлад розвивається вже після здійснення кримінальних дій в умовах судово-слідчої ситуації, після винесення вироку або під час відбування покарання. У цьому разі хворий звільняється від відбування покарання у зв'язку з психічною хворобою і щодо нього можуть бути застосовані різні види примусових заходів медичного характеру.

### **4.3. Маніакально-депресивний психоз**

Маніакально-депресивний психоз виявляється в типових випадках маніакальних і депресивних фаз (приступів), що виникають періодично. Приступи захворювання зазвичай розділені періодами повного психічного здоров'я (інтермісії). Зауважимо, що жінки становлять 70 % загальної кількості хворих на маніакально-депресивний психоз.

**Маніакальна фаза** маніакально-депресивного психозу має три основні клінічні ознаки: підвищений, радісний настрій; прискорення інтелектуальних процесів; мовне і рухливе збудження. Настрій у хворого підвищений неадекватно обставинам, може варіювати від безтурботної веселості до майже неконтрольованого маніакального збудження. Злети настрою супроводжуються підвищеною енергійністю, що призводить до гіперактивності, просторікування, зниження потреби у сні. У таких хворих втрачається нормальне соціальне гальмування потреб, увага не утримується, виявляється виражене відволікання, підвищена самооцінка, легко висловлюються надоптимістичні ідеї та ідеї величності. Ідеї величності зазвичай зводяться до вихваляння своїх талантів, дотепності, зовнішньої привабливості, великої фізичної сили. У такому стані хворі часто дають необґрунтовані й нездійсненні обіцянки, здійснюють крадіжки, розтрати для задоволення виникаючих численних дрібних бажань. Хворий може робити екст-

равагантні й непрактичні кроки, бездумно витрачати гроші чи стати агресивним, схильним закохуватися, грайливим у невідповідних ситуаціях.

Маніакальний стан супроводжується також розгальмовуванням і посиленням потягів (до їжі, сексуальних). Особливе значення мають сексуальні порушення, які виявляються у статевій розбещеності. Крім того, у цих хворих може з'явитися поліпшення пам'яті про минуле, що паралельно може супроводжуватися порушенням процесів запам'ятовування; виникнути порушення сприйняття, такі як переживання через особливо яскравий колір чи дрібні деталі якоїсь поверхні предмету.

Підвищена самооцінка та ідеї величності можуть перейти у маячення величності чи знатного походження, а дратівливість і підозрлість — у маячення переслідування. У результаті стрибкоподібності думок і мовного напору мова хворого стає малозрозумілою. Важкі й тривалі фізичні навантаження можуть призвести до агресії чи насильства, зневага до їжі, пиття та особистої гігієни — до небезпечного стану дегідратації і занедбаності.

**Депресивна фаза** немов протилежна маніакальній фазі за клінічними проявами. Вона характеризується зниженим, сумним настроєм, сповільненістю інтелектуальних процесів і психомоторною загальмованістю. Туга може стати безпросвітною, супроводжуватися суб'єктивними відчуттями байдужності до здоров'я та долі близьких, і це хворі особливо важко переживають, страждаючи від думки про власну черствість, бездушність. Для депресивної фази характерні маячні ідеї самозвинувачення, самоприниження, гріховності, що може виявлятися у надмірному ставленні до незначних провин у минулому, спричинити спроби самогубства. Хворі з депресивною симптоматикою здатні також на розширене самогубство, тобто вбивство членів своєї родини, а потім самогубство, вони скоюють такі вчинки з метою позбавити всіх рідних майбутніх страждань чи глуму. Психомоторна загальмованість може іноді зненацька перериватися меланхолійним шаленством, що виявляється в різкому психомоторному збудженні, коли хворі прагнуть нанести собі різні ушкодження, викинутися з вікна, б'ються головою об стіну, дряпають і кусають себе.

**Біполярний афективний розлад** характеризується повторними станами (манія, гіпоманія чи депресія). Маніакальні епізоди найчастіше починаються раптово і тривають від двох тижнів до п'яти місяців (середня тривалість епізоду — близько чотирьох місяців). Депресії мають

тенденцію до щодалі тривалішого плину (середня тривалість — близько шести місяців), рідко — понад рік (окрім хворих літнього віку).

**Судово-психіатрична оцінка.** Маніакально-депресивний психоз важко піддається судово-психіатричному аналізу. Утруднення виникають тоді, коли судово-психіатричним експертам потрібно визначити ступінь наявних у хворого афективних (емоційних) розладів. У разі наявності у хворого в період, що належить до інкримінованого йому діяння, загострення захворювання з розвитком депресивного чи маніакального нападу хворий втрачає здатність адекватно оцінювати власний психічний стан і кримінальну ситуацію, а також критично оцінювати суть і наслідки своїх дій, керувати власною поведінкою. У стані маніакального нападу хворі можуть кривдити оточуючих, вчиняти щодо них агресивні дії, робити безглузді вчинки. Через підвищене в такому стані сексуальне збудження хворі можуть вдаватися в розпусту і звалтування. Водночас у них можуть виникнути різні розлади звичок і потягів (патологічна схильність до азартних ігор, піроманія, kleptomанія, дромоманія, розлади статевої переваги та ідентифікації), що не були властиві їм у минулому та які зникають разом із нападом хвороби. Суспільно небезпечні діяння, які вчиняють хворі під час психотичного нападу, слід оцінювати як неосудні. При менш виразному маніакальному стані хворі можуть укладати протизаконні угоди, здійснювати розтрата, порушувати трудову дисципліну, через що вони часто піддаються судово-психіатричній експертизі як потерпілі.

У депресивній фазі маніакально-депресивного психозу хворі піддаються судово-психіатричній експертизі рідше, зокрема коли їх звинувачують у злочинній недбалості, іноді в банальних крадіжках. Цим хворим властиві спроби самогубства чи розширеного самогубства. Такі вчинки найчастіше відбуваються у стані психотичної депресії, коли на тлі пригніченого настрою, почуття глибокого смутку, депресивних маячних ідей самозвинування і самознищення виникають суїцидальні думки, маячні думки депресивного змісту (що життя зайшло у глухий кут, надії втрачено, а тому близьких, особливо дітей, необхідно вбити, щоб позбавити їх від різних страждань). Хворі, які вчинили суспільно небезпечні діяння в період психотичної депресії, так само визнаються неосудними.

Якщо хворий до моменту прийняття експертного рішення про неосудність вийшов із психотичного стану, а ознаки психічного захворювання перебувають на субклінічному рівні, доцільно рекомендувати

такій особі призначення примусових заходів амбулаторного медичного характеру. З метою профілактики повторних правопорушень таких хворих при загостренні психотичних фаз маніакально-депресивного психозу необхідно госпіталізувати до психіатричних лікарень з подальшим вирішенням відповідних юридичних питань.

Особи, які вчинили правопорушення у стані інтермісії, визнаються осудними.

У цивільному процесі часто доводиться також вирішувати експертні питання щодо осіб, які страждають на маніакально-депресивний психоз. Такі особи, перебуваючи в маніакальній чи гіпоманіакальній фазі, можуть укладати майнові угоди, обмінювати житлову площу, укладати шлюби. Якщо такі цивільні акти здійснені хворим у психотичній фазі захворювання, то слід приймати рішення про те, що він через наявний у нього психічний розлад не міг усвідомлювати значення своїх дій і керувати ними в цей період, а укладені юридичні акти слід вважати недійсними.

#### **4.4. Епілепсія**

Епілепсія — це хронічне захворювання, яке виникає в дитячому і юнацькому віці, виявляється у вигляді різноманітних судомних чи безсудомних нападів, а також типових змін особистості, психозів, а у важких випадках — розвитку специфічного слабоумства.

Крім епілепсії епілептичні симптоми і синдроми можуть виявлятися при органічному ураженні головного мозку (судинного, інтоксикаційного, інфекційного генезу). У цьому разі йдеться не про епілепсію як захворювання, а про симптоматичну епілепсію.

Поширеність епілепсії серед населення — 0,3–0,5 %. Епілепсія належить до захворювань з невиразною етіологією (причиною), хоча багато вчених вважають, що в її походженні велике значення мають спадкові чинники.

Клініка епілептичної хвороби доволі різноманітна, її прояви поділяються на три групи станів: короткочасні судомні та безсудомні (параксизмальні) стани; гострі та задовгі психози; зміни особистості та слабоумство.

Судомні напади, у свою чергу, поділяються на великі, малі та абортивні. Класичним і найтипівішим проявом цього захворювання є великий епілептичний напад, який виникає без провісників і знеацька для хворого. Тому в осіб, які страждають на епілепсію, іноді можна

побачити сліди від укусів язика і губ, невдалих падінь. Перша фаза нападу — аура (провісник судомного нападу) спостерігається приблизно у половині випадків; цей стан не забувається хворими, і вони можуть про нього розповісти.

Найчастіше спостерігаються такі варіанти аур: гострий страх, зорові яскраві образи, тактильні й смакові відчуття, голосні звуки, посилення серцебиття, ядуха, болючі відчуття у грудях і животі, рясний піт, несподіваний біг, обертання навколо осі тіла, тупцювання на одному місці, гостра депресія чи відчуття неймовірного щастя, слухові уривчасті галюцинації, відчуття інсценізації.

У стані аури свідомість порушена, тому хворі не можуть запобігти розвитку другої фази епілептичного нападу. Друга фаза — тонічна: хворий падає, м'язи тіла різко скорочуються і стають напруженими, голова закинута. Від різкого скорочення м'язів грудної клітки хворий видає різкий звук, можливе мимовільне сечовипускання і дефекація. Свідомість хворого глибоко потьмарена — зіниці не реагують на світло, зникає болюча і тактильна чутливість. Третя фаза — клонічна, коли безладне скорочення м'язів тіла призводить до того, що хворий тіпається в судамах, на губах з'являється піна, іноді пофарбована в червоний колір через прикушування язика і щік, обличчя починає кривитися внаслідок скорочення м'язів. Через кілька хвилин судомний напад переходить у четверту фазу. Хворий затихає, у нього відновлюються ритмічний подих і серцебиття. Однак свідомість залишається глибоко потьмареною, можливий термінальний сон або стан психомоторного збудження з безцільною агресією, шарпанням, прагненням підвестись і піти. Загальна тривалість судомного нападу, включаючи ауру, може становити до п'яти хвилин. Після судомного нападу протягом доби, а іноді й більше часу хворі відчувають слабкість, розбитість, пригніченість. Власне судомний напад хворий забуває. Якщо під час нападу випадає одна з фаз, напад вважається абортивним.

**Малий припадок** виникає так само зненацька, як і великий, триває одну-дві хвилини, однак з такими самими фазами. Хворий не встигає впасти, свідомість тьмариться, вимова переривається, з'являються судомні посмикування окремих м'язів, обличчя блідне, погляд закликає, спрямовується в одну точку або стає блукаючим. Через короткий час хворий повертається до перерваної розмови чи заняття.

Ще короткий напад називається **абсансом**; при цьому свідомість відключається на кілька секунд, судом не спостерігається. Про пере-

несені епілептичні напади (великі, малі, абсанси) хворі не пам'ятають через порушення свідомості. Частота нападів при епілепсії може бути різною. У разі сприятливого перебігу захворювання вони повторюються щонайбільше двічі на рік, у разі несприятливого — кілька разів на місяць чи тиждень, а іноді й кожного дня. Можлива серія судомних нападів (кілька разів на день). Якщо наступний судомний напад виникає одразу після попереднього на тлі неповного відновлення свідомості, такий стан називається епілептичним статусом. Такі стани небезпечні для життя хворого і потребують невідкладної медичної допомоги і стаціонарного лікування. Епілепсія може відбуватися як з одним типом нападів, так і з появою у клінічній картині нападів іншого типу, що свідчить про перехід перебігу хвороби в несприятливу форму.

**Епілептичні еквіваленти** — це нетривалі психічні розлади, що виникають замість судомного нападу зненацька, без провісників і так само зненацька закінчуються, хоча можуть тривати й довго. До типових епілептичних еквівалентів (пароксизмів) належать дисфорія (афективний пароксизм) і сутінковий розлад свідомості. Дисфорія — раптова поява гнівно-злісного чи злісно-тужного настрою, часто з агресією і люттям щодо оточуючих. У такі періоди хворі причепливі, конфліктні з найменшого приводу, не знаходять собі місця, виявляють схильність до завдання собі ушкодження (припікають шкіру цигаркою, дряпають, кусають руки або здійснюють руйнівні дії). Вони скаржаться на нездоланне бажання вчинити агресивні дії, відчувають неприємні відчуття у внутрішніх органах. Якщо переважають депресивні компоненти, у хворих виникають утруднення при інтелектуальній діяльності, неможливість зосередитись, неуважність. Дисфорії з підвищеним настроєм трапляються вкрай рідко, при цьому завжди виявляється гнівливий афект, і вони перебігають за типом “гнівливої манії”. На висоті розвитку дисфорії свідомість іноді порушується як у разі оглушення.

Найбільше значення в судово-психіатричній практиці мають сутінкові розлади свідомості, які так само належать до психічних еквівалентів судомних нападів, що можуть з'являтися замість таких нападів. Виникають сутінкові розлади свідомості зненацька і в одних випадках поведінка хворих залишається зовні впорядкованою, коли вони виявляють формально правильне орієнтування в навколишньому середовищі, часі та здатні підтримувати мовний контакт. Часто такий стан змінюється несподіваною агресією, злостивістю, руйнівними дія-

ми. Іноді сутінкові стани починаються одразу з великого афективного напруження з перевагою злісного афекту, дезорієнтації в місці, часі, власній особистості й нецілеспрямованого і хаотичного психомоторного збудження з агресивними та руйнівними діями.

В окремих випадках у структурі сутінкових розладів свідомості виникають галюцинаторно-маячні симптоми з яскравими зоровими, слуховими та нюховими галюцинаціями. Характерна ознака цих станів полягає в тому, що попри глибоко порушену свідомість хворі здатні виконувати цілеспрямовані дії: перейти вулицю перед транспортом, що рухається, відімкнути ключем двері тощо. Сутінкові розлади свідомості такого типу можуть тривати від години до кількох днів. Хворий виходить з такого стану поступово, зазвичай напад закінчується сном з подальшою амнезією, хоча можливе відновлення в пам'яті уривчастих психопатологічних переживань.

Сутінкові розлади свідомості іноді набирають форми **амбулаторних автоматизмів**, коли хворі виходять з будинку, бродяжать, переїжджають з міста до міста, часто оговтуються в незнайомому місці й не пам'ятають шляху свого пересування.

**Сомнамбулізм** (лунатизм, сноходіння) — це амбулаторний автоматизм, що настає під час сну. Хворі, що перебувають у сутінковому розладі свідомості й у стані амбулаторного автоматизму, становлять підвищену соціальну небезпеку, часто здійснюють важкі протиправні дії, спрямовані проти особистості.

Крім судомних нападів та їх еквівалентів епілепсія завжди проходить зі **змiнами особистості**, що спостерігаються на ранніх етапах захворювання і є важливим діагностичним критерієм. Діапазон особистісних змін великий і коливається від неявно виражених до глибоких з поступовим формуванням специфічного епілептичного слабоумства. При цьому з'являються загальмованість процесів мислення, схильність до застрягання на малоістотних деталях, утрудненнях при вирізнюванні основних і другорядних деталей і обставин. Через це хворий розповідає про різні події довго, він стає багатослівним, захоплюється деталями і ніяк не може розповісти головного. Це утруднює його спілкування з оточуючими і засвоєння нового матеріалу, погіршує відтворення колишнього досвіду. У змiнах особистості значне місце займають афективні розлади, коли хворі стають злопам'ятними, уразливими, помстливими, надлишково ошадливими. У них можуть з'явитися перебільшена педантичність, пунктуальність, прагнення підтримувати чіткий порядок у своїх речах, одязі, домашніх справах. Коливан-



ням настрою властива полярність від гнівно-злісного до удаваного улесливо-доброзичливого. Хворі на епілепсію повільні у рухах, скупі на мімічні реакції, одноманітні у поведінці, підкреслено релігійні.

Перебіг епілепсії завжди хронічний, однак можливе зупинення (стабілізація) процесу під впливом терапевтичних заходів. Лікування хворих спрямоване на призупинення судомних нападів та їх еквівалентів і будується за графіком застосування препаратів залежно від виду епілептичних нападів та їх частоти. Зовнішні чинники — вживання алкоголю, стреси, соматичні та інфекційні захворювання, інтоксикації — сприяють загостренню епілепсії. При довготривалому перебігу хвороби у хворих формується своєрідне **епілептичне слабоумство**.

Процес **судово-психіатричної оцінки** психічних порушень, властивих епілептичній хворобі, складний. Утруднення виникають, як правило, при ретроспективному діагностуванні цього захворювання, тому що у процесі експертизи, навіть стаціонарної, не завжди спостерігаються епілептичні напади та їх еквіваленти. У таких випадках експерти аналізують медичну документацію і дані лабораторних досліджень. Електроенцефалографічне дослідження дає змогу в переважній кількості випадків виявити специфічну епілептичну біоелектричну активність головного мозку, що спостерігається у хворих на епілепсію навіть під час лікування. При встановленні діагнозу необхідно довести наявність чи відсутність тих чи інших судомних нападів або станів порушеної свідомості в момент вчинення особою правопорушення. Під цим оглядом найбільше судово-психіатричне значення мають великі й малі судомні напади, а також сутінкові розлади свідомості.

Хворим на епілепсію через наявність у них короткочасних станів порушеної свідомості не рекомендується працювати з механізмами, що рухаються, а також на висоті. Однак практика засвідчує, що ці правила іноді порушуються, і хворі на епілепсію іноді отримують права на керування транспортним засобом.

Велику небезпеку хворі на епілепсію становлять у стані сутінкового розладу свідомості. Особливості психічних розладів у цих хворих виявляються в непрогнозованості часу їх виникнення і характеру перебігу, що може призводити до важких протиправних діянь. До діагностичних ознак належать раптовість виникнення у хворого патологічного стану, незвичайність поведінки, відсутність зрозумілого мотивування вчинків, незвичайна мовна продукція, що відбиває хворобливі переживання, критичний вихід зі стану, відчуття відстороненості щодо вчиненого. Посилання підекспертних на незапам'ятовування подій є ознакою сутін-

кового стану свідомості тільки в сукупності з іншими ознаками. Підекспертні, які вчинили правопорушення в сутінковому стані, підпадають під поняття тимчасового розладу психічної діяльності медичного критерію формули неосудності. З урахуванням повторюваності цих станів і необхідності лікування епілептичної хвороби до таких осіб обов'язково необхідно застосувати примусові заходи медичного характеру. Припинення примусових заходів медичного характеру і виписування хворих із психіатричних лікарень завжди пов'язано з ризиком повторення сутінкових станів. Тому такі хворі в подальшому мають постійно спостерігатись у психоневрологічних диспансерах за місцем проживання.

Правопорушення, які було вчинено особою у стані дисфорії, оцінюються диференційовано залежно від виразності психічних порушень. Неосудними визнаються підекспертні, в яких афективні розлади в момент вчинення правопорушення перебували на психотичному рівні. Крім того, підлягають екскульпації особи, в яких спостерігаються гострі, затяжні хронічні епілептичні психози. Вони підпадають під поняття хронічного психічного захворювання медичного критерію неосудності.

Під час судово-психіатричної експертизи оцінюється також частота судомних нападів та їх еквівалентів. При констатації великої частоти таких станів (понад п'ять разів на місяць) з урахуванням змін особистості та інтелектуально-мнестичних розладів такі хворі визнаються неосудними.

Неосудними визнаються також особи з ознаками епілептичного слабоумства. Примусові заходи медичного характеру рекомендують їм відповідно до загальних положень.

Особи, які страждають на епілептичну хворобу і засуджені до позбавлення волі, підлягають спостереженню й лікуванню в медичних установах у місцях позбавлення волі. При стійкому погіршенні психічного стану з формуванням ознак епілептичного слабоумства хворі можуть бути звільнені від подальшого відбування покарання і направлені на лікування до психіатричних установ МОЗ України.

Судово-психіатрична оцінка осіб, які страждають на епілепсію, у цивільному процесі зустрічається вкрай рідко. Як правило, йдеться про загальну дієздатність таких хворих. Хворі можуть бути визнані дієздатними і недієздатними з урахуванням ступеня й виразності слабоумства. У станах епілептичних нападів та їх параксизмів цивільні угоди укладати забороняється.

Хворі на епілепсію іноді стають свідками чи потерпілими у кримінальних справах. Судово-психіатрична оцінка їхнього стану щодо їх можливості правильно сприймати обставини і давати правильні свідчення, що мають значення для справи, різниться залежно від стадії перебігу захворювання і виразності психічних порушень.

#### **4.5. Органічні, симптоматичні, психічні розлади**

До цієї групи захворювань входять психічні розлади, згруповані на підставі того, що мають спільну, чітку етіологію. Етіологія цих захворювань полягає в мозкових ушкодженнях, що зумовлюють церебральну дисфункцію. Ця дисфункція може бути первинною, як при травмах та інсультах, що уражають мозок безпосередньо, або вторинною, як при системних захворюваннях і розладах, що уражають мозок тільки як один з багатьох органів чи систем організму.

Попри широту спектра психопатологічних станів, включених до цього підрозділу, основні ознаки цих розладів становлять дві основні групи. До першої групи входять синдроми, найхарактернішими з яких є: постійні ураження когнітивних функцій (пам'ять, інтелект і навченість) або порушення свідомості й уваги, до другої — синдроми, найяскравішим проявом яких є розлади сприйняття (галюцинації), мислення (маячення), емоцій (депресія, манія, тривога) чи розлади особистості й поведінки.

**Органічний галюциноз** — це розлад з постійними або рецидивуючими зоровими чи слуховими галюцинаціями, які з'являються при повній свідомості. У разі такої патології у хворих може виникати маячне трактування галюцинацій при збереженні здатності до критики, при цьому свідомість не потьмарюється, не спостерігається інтелектуальне зниження.

**Кататонічний розлад органічної природи** може виявлятися у вигляді зниженої чи підвищеної психомоторної активності, що супроводжується кататонічними симптомами.

При **органічному маячному (шизофреноподібному) розладі** постійні чи рецидивуючі маячні ідеї домінують у клінічній картині. Маячення може супроводжуватися галюцинаціями, не пов'язаними зі змістом основних маячних ідей. Можуть також виявлятися клінічні симптоми, схожі на шизофренічні, такі як вигадливе маячення, галюцинації, ізольовані кататонічні феномени. При цьому свідомість і пам'ять не повинні бути порушеними.

**Органічні (афективні) розлади настрою** характеризуються зміною настрою, що супроводжується зміною рівня загальної активності. Афективні розлади зазвичай з'являються внаслідок впливу на мозок несприятливого органічного фактора.

**Інволюційна меланхолія** є найпоширенішим клінічним варіантом серед інволюційних психозів, розвивається переважно у жінок у віці 45–60 років на тлі клімаксу.

Розвиткові психозу передують гормональна перебудова періоду клімаксу чи загострення соматичних захворювань, психогенні фактори. Саме в цей період змінюється і ламається звичний життєвий уклад (вихід на пенсію, втрата колишніх позицій, самотність у зв'язку зі смертю рідних, необхідність адаптації до нових умов життя).

Розвитку захворювання, як правило, безпосередньо передують малі психогенії — сімейні конфлікти, переїзд на іншу квартиру, до родини дітей тощо.

Початковий період захворювання характеризується підвищеною стомлюваністю, пригніченим настроєм, тривогою з будь-якої незначної життєвої причини, постійним очікуванням неприємностей. У хворих постійно змінюється настрої з переважанням зниженого, з наростаючою тривогою. Занепокоєння, боязке очікування неминучого нещастя супроводжуються скаргами на непевні страхи, хвилювання, побоювання з приводу свого здоров'я.

На піку психозу тривожно-тужна симптоматика стає надто великою, набираючи характеру меланхолійного буйства із суїцидальними тенденціями і спробами. На тлі глибокої туги і тривоги розвиваються маячні ідеї винності, самозвинувачення і самознищення, збитку, руйнування, загибелі. Хворі переконані у своїй глобальній провіні перед людством. Вони постійно звинувачують себе за помилки, нібито зробленими ними в минулому, при цьому пригадують різні незначні епізоди, за які повинні бути суворо покарані. Дуже часто у хворих спостерігаються різноманітні іпохондричні розлади від скарг на своє здоров'я до іпохондричного маячення. Вони переконані, що хворіють на різні важкі захворювання, вважають себе заразними, небезпечними для оточуючих. В окремих випадках ці скарги набирають характеру іпохондричного маячення (немає шлунка, кишечника, висохнув мозок, не працюють усі внутрішні органи).

Іноді у клінічній картині переважає рухова загальмованість, частіше — відзначається рухлива активність у вигляді ажитованої депресії.

Такий гострий період триває від кількох місяців до року і більше. Поступово тривожно-тужливий афект стає менш напруженим.

Усі симптоми немов застигають і з кожним роком стають одноманітнішими та менш виразними. Незмінним залишається тільки колишній зміст маячних ідей. Рухова активність поступово змінюється на просте й одноманітне рухове занепокоєння, метушливість.

Перебіг інволюційної меланхолії часто набирає тривалого несприятливого характеру, що затягується на роки.

Після виходу із психозу залишаються своєрідні зміни особистості, які виявляються у вигляді нестійкості настрою, підвищеної стомлюваності, тривожності.

**Судово-психіатрична оцінка.** Хворі на органічні симптоматичні ураження головного мозку та інволюційну меланхолію можуть бути небезпечними для себе і оточуючих. При інволюційній меланхолії хворі на піку депресії стають переконаними, що їх і членів їхньої родини, особливо дітей і онуків, очікують неминуча загибель і страждання. Тому хворі перш ніж вчинити самогубство, вбивають їх з “альтруїстичних” мотивів, щоб урятувати від майбутніх страждань.

Хворі, які вчинили суспільно небезпечні дії з хворобливих мотивів, не можуть усвідомлювати свої дії та керувати ними і згідно зі ст. 19 КК України вони не підлягають кримінальний відповідальності.

В інших спостереженнях органічне ураження головного мозку та інволюційна меланхолія розвиваються вже після здійснення кримінальних дій у судово-слідчій ситуації. У такому разі хворі звільняються від відбування покарання у зв'язку із хворобою і до них застосовуються різні види примусових заходів медичного характеру.

## **4.6. Затяжні реактивні психози**

Поняття затяжного реактивного психозу визначається не тільки тривалістю перебігу (від шести місяців до п'яти років), а й клінічними особливостями окремих форм і характерних закономірностей динаміки захворювання.

Варто наголосити, що останніми десятиліттями за спостереженнями авторів, які вивчають реактивні стани, значно змінилася клінічна картина реактивних психозів. Спостерігається загальна тенденція до більш легкого, спрощеного їх перебігу. Така зміна клінічної картини реактивних психозів зумовлена низкою факторів: масивним адекватним лікуванням, послабленням законодавчих норм та іншими чинниками.

Останнім часом спостерігається несприятливий перебіг затяжних реактивних психозів з незворотною особистісних змін та інвалідизацією в одиничних випадках і тільки за наявності “патологічного ґрунту” — в осіб з ознаками органічного ураження головного мозку (після перенесеної травми, при церебральному атеросклерозі, артеріальній гіпертонії), а також у віці зворотного розвитку (після 50 років).

Серед затяжних реактивних психозів переважають “стерті форми”, водночас різко знизилися частота і яскравість істеричних проявів. Майже цілком зникли у клінічній картині реактивного стану такі істеричні симптоми, як істеричні паралічі, парези, явища астазії-абазії, істеричної німоти, що в минулому були основними у клінічній картині затяжних реактивних психозів. Значніше місце нині займають різноманітні клінічні форми депресій із ситуаційно зумовленою пригніченістю та елементами тривоги. Депресія стає дедалі тривалішою при коливанні інтенсивності залежно від зовнішніх обставин. Такі хворі не виявляють ініціативи під час розмови, ні на що не скаржаться, багато часу витрачають на перебування у ліжку, залишаючись байдужими до довкілля. Про глибину тужливої депресії свідчать почуття безвиході, песимістична оцінка майбутнього, думки про вчинення самогубства. Сомато-вегетативні розлади — безсоння, зниження апетиту, запори, фізична астенія, втрата маси тіла — доповнюють клінічну картину цього варіанта затяжної депресії. Такий стан може тривати понад рік. У клінічній картині депресії часто спостерігаються нестійкі псевдодемонтно-пуерильні включення чи маячноподібні фантазії, що відбивають істеричну тенденцію “втечі у хворобу”, відсторонення від реальної ситуації, її істеричне витискання.

У осіб, які перенесли затяжну істеричну депресію, при поновленні травмуючої ситуації можливі рецидиви і повторні реактивні психози, клінічна картина яких відтворює симптоматику попереднього реактивного психозу.

## Розділ 5. СЛАБОУМСТВО (НЕДОУМСТВО)

**Слабоумство** — це хворобливий стан психіки (вроджений, набутий у ранньому дитинстві або такий, що розвинувся через психічне захворювання), який характеризується неповноцінністю розумової діяльності.

Слабоумство (недоумство, деменція) є синдромом захворювання мозку, як правило, хронічного чи прогресуючого характеру, коли з'являються порушення вищих коркових функцій (пам'яті, мислення, орієнтування, розуміння, здатності до навчання, мови та розсудливості). Порушенню цих когнітивних функцій можуть передувати порушення емоційного контролю, соціальної поведінки чи мотивації.

Основним у цій патології є органічне ураження головного мозку внаслідок черепно-мозкової травми, судинного захворювання головного мозку, вірусних і бактеріальних нейроінфекцій, інтоксикації, пухлини мозку, неповного розвитку психіки через порушення генетичних, ендокринних, обмінних процесів тощо. За динамікою перебігу слабоумство може бути прогресуючим, статичним або зворотним.

Слабоумство спричинює різке зниження інтелектуального функціонування і часто порушення повсякденної діяльності (умивання, одягання, навичок у їжі, особистої гігієни, самостійного виконання фізіологічних функцій).

Основою діагностики слабоумства повинні бути дані про зниження як пам'яті, так і мислення такою мірою, що призводить до порушення індивідуального повсякденного життя. Порушення пам'яті в типових випадках стосується тільки можливості реєструвати, зберігати і відтворювати нову інформацію. Тому отриманий раніше і знайомий інформаційний матеріал втрачається швидко, а отриманий пізніше зберігається довше, особливо на пізніх етапах захворювання. Пору-

шення мислення стосується здатності до міркування і змін у перебігу мислення, коли опрацювання інформації, яка надходить, порушується, що виявляється в наростаючих утрудненнях реагування на кілька стимулюючих чинників одночасно, як, наприклад, участь у розмові з кількома особами, і при переключенні уваги з однієї теми на іншу.

Розрізняють слабоумство вроджене (олігофренія) і набуте.

## 5.1. Набуте слабоумство

До цієї групи входять різні види слабоумства, названі як за іменами авторів, що їх описали (слабоумство при хворобах Альцгеймера, Піка, Крейцфельдта — Якоба, Гентингтона, Паркінсона), так і за причинами їх виникнення (судинна (атеросклеротична) деменція, слабоумство при отруєнні окисом вуглецю; церебральному ліпідозі; епілепсії; прогресивному паралічі у душевнохворих; гепатолентикулярній дегенерації (хворобі Вільсона); гіперкальціємії; гіпотиреоїдизмі; інтоксикаціях; множинному склерозі; нейросифілісі; дефіциті нікотинової кислоти (пелагрі); вузловому поліартриті; системній червоній волчанці; трипаносомозах; дефіциті вітаміну В12; СНІД інфекції). Поєднують цю групу загальні клінічні ознаки: поступовий, малопомітний початок, поступове порушення пам'яті, мислення, зростаюча інтелектуальна неспроможність і незворотність цих розладів.

У типових випадках прогресуюче слабоумство характеризується тим, що у хворих відповідно до віку рано з'являються порушення пам'яті та орієнтування у просторі. Крім того, зростають млявість, апатія, байдужість, що виявляються в емоційному притупленні, зниженні психічної активності, загальному збіднінні практичних навичок (афазія, аграфія, алексія, апраксія). Водночас спостерігається ослаблення вищих форм інтелектуальної діяльності, знижується рівень розсудів, продуктивність мислення, зникає критичне ставлення до свого стану. В окремих випадках з'являються: розгальмованість потягів, підвищений настрій, розгорнуті епілептичні напади.

При подальшому розвитку слабоумства виявляються значне ослаблення пам'яті, розлад мови з наступним повним її зникненням. На кінцевій стадії розвитку хвороби спостерігається виражене фізичне виснаження — кахексія, явища маразму. Смерть настає внаслідок приєднання різних інфекційних захворювань.

**Судинна (атеросклеротична) деменція.** Судинні захворювання головного мозку є наслідком загального захворювання судинної системи організму.



На ранній стадії атеросклерозу судин головного мозку з'являється неврозоподібна симптоматика, коли виявляються знижена працездатність, підвищена стомлюваність, запальність, дратівливість, слізливість, зниження пам'яті на поточні події, неухабність, легка виснажливості при психічному напруженні, загострення рис характеру, поганий сон чи сонливість, головний біль, запаморочення.

При наростанні атеросклеротичних змін у хворих дедалі чіткіше виявляються зниження пам'яті на поточні події, розлад уваги чи її нестійкість, згодом з'являються ознаки слабоумства, коли хворі не можуть зрозуміти абстрактний зміст, не відрізняють основної ознаки від другорядної, завдяки чому їхні розповіді переповнені зайвими подробицями, а мова стає невиразною, бідною на слова. Крім того, у них змінюється сприйняття, що стає частковим та уповільненим, з'являються нестримання емоційних реакцій, елементи силуваного плачу і сміху, порушується критичне ставлення до свого стану.

При цьому спостерігається дисоціація між глибоким слабоумством і збереженістю окремих зовнішніх звичних форм поведінки (манера триматися з оточуючими, а також сформовані за життя навички).

Психотичні форми старечого слабоумства зазвичай виникають на початку захворювання, зокрема найчастіше виявляються маячення збитку, зубожіння, отруєння і переслідування. Маячні ідеї завжди пов'язані з конкретною ситуацією, вибудовуються на хворобливій інтерпретації реальних обставин і поширюються здебільшого на осіб з найближчого оточення.

Іноді маячні ідеї поєднуються із зоровими та слуховими галюцинаціями. Тривалість такого стану коливається від одного до чотирьох років, іноді й більше. При наростанні слабоумства маячні ідеї розпадаються.

**Судово-психіатрична оцінка.** Хворі на атеросклеротичне слабоумство схильні до протиправних вчинків через неповне усвідомлення і нездатність критично оцінювати те, що відбувається, а іноді й під впливом інших, активніших осіб, виявляючи тим самим підвищену нав'язаність. Тому в протиправних вчинках таких хворих виявляються інтелектуальна неспроможність і відсутність можливості прогнозування наслідків своїх дій.

При вирішенні питання осудності чи неосудності хворих на церебральний атеросклероз експертний висновок ґрунтується на медичному і юридичному критеріях неосудності, передбачених ст. 19 КК України. Особи, які перебувають на початковій стадії церебрального

атеросклерозу з явищами легкої астенії і невротичними проявами, вважаються осудними, ступінь змін психіки таких хворих не позбавляє їх можливості усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними. Вони здатні правильно осмислювати ситуацію і критично оцінювати власну поведінку.

Особи з виразним атеросклеротичним слабоумством і атеросклеротичними психозами вважаються неосудними щодо вчинених ними протиправних діянь. У такому разі, а також якщо динамічні зрушення у структурі психічних порушень розвинулися вже після здійснення інкримінованих хворому дій, постає питання про застосування до нього примусових заходів медичного характеру.

Останніми роками експертна оцінка судинних захворювань головного мозку набуває в цивільному процесі щедалі більшого значення. Наявність у особи ознак виразного слабоумства, що спостерігались під час здійснення нею цивільного акту, є показанням для визнання такої особи не здатною розуміти значення своїх дій і керувати ними, тобто недієздатною.

## **5.2. Вроджене слабоумство**

Олігофренія (розумова відсталість, дебільність) — це стан затримованого чи неповного розвитку психіки людини, що характеризується порушенням її когнітивних, мовних, моторних і соціальних здібностей, які повинні забезпечувати загальний рівень інтелектуальності.

Основною ознакою вродженого слабоумства є недорозвиненість пізнавальних здібностей і особистості загалом. Провідну роль у структурі психічних порушень відіграють недостатність абстрактності мислення, підвищена навіюваність, розлади здібностей до критики, утруднення щодо прийняття самостійного рішення у складних соціально-психологічних ситуаціях і виражена залежність поведінки розумово відсталих осіб від таких ситуацій, імпульсивність. Когнітивна недостатність може виявлятися в утрудненні сприйняття, порушенні активної уваги, слабкому запам'ятовуванні, консерватизмі мислення, недоступності формування гіпотез і висновків, егоцентризмі, недостатній ініціативі та низькому рівні спонукань.

До типових особистісних особливостей при розумовій відсталості належать низька, негативна оцінка хворим самого себе, пасивність, залежність, агресивність і аутоагресивність, невміння контролювати себе. При цьому захист від низької самооцінки і почуття неповноцін-

ності часто виявляється неадекватно й може призводити до поведінкових порушень.

В осіб з вродженим слабоумством може спостерігатися широкий діапазон психічних розладів (розлади сприйняття, пам'яті, мислення, уяви, свідомості, емоцій та волі), з частотою, що в 3–4 рази більша, ніж у загальній популяції. Крім того розумово відсталі особи часто стають жертвами несприятливих соціально-психологічних ситуацій, фізичного та сексуального насильства чи самі можуть вчиняти суспільно небезпечні дії. Судово-психіатричний досвід свідчить, що серед осіб із психічними розладами, які піддавалися судово-психіатричній експертизі з метою визначення їх можливості правильно сприймати обставини, що мають значення для справи, і давати про них правильні свідчення, кожний третій підекспертний мав ознаки розумової відсталості.

Згідно з міжнародною класифікацією психічних і поведінкових розладів 10-го перегляду (МКХ-10) вроджене слабоумство (олігофренія, розумова відсталість, дебільність) поділяється на такі види: легка, помірна, тяжка і глибока розумова відсталість.

**Легка розумова відсталість** характеризується тим, що хворі, попри затримку психічного розвитку набувають навичок експресивної мови і можуть використовувати мову в різних цілях. Основні утруднення у них виникають при підвищенні вимог соціального середовища, а також при орієнтації в середовищі зі складними контекстами, значеннями, символами і цінностями, що мало зрозумілі розумово відсталій особі. Однак особи з легкою розумовою відсталістю можуть працювати там, де потрібні здібності до малокваліфікованої практичної діяльності, а також дотримуватись вимог щодо сімейного життя, виховання дітей, адаптуватися до культурно-побутових норм і традицій.

Водночас конфлікт між очікуваною уявою про себе і реальним образом може стати джерелом стресу, тривоги і тривати все життя. Спілкування у таких хворих пов'язане з великими утрудненнями, які ще більшою мірою посилюють відчуття особистої неповноцінності та фрустрацію. Для них характерна поведінка аутизму (замкненості, відгородженості) і агресії, а внаслідок низької самооцінки створюються умови для розвитку депресивних станів.

**Помірна розумова відсталість** характеризується повільним розвитком розуміння і слабкою можливістю використовувати мову, а тому розвиток особистості значно обмежений. У таких хворих загальмова-

ний розвиток навичок самообслуговування і рухів. Часто такі хворі потребують постійної опіки і допомоги протягом усього їхнього життя. Водночас окремі особи з помірно розумовою відсталістю (імбесильністю) здатні засвоїти просте читання, письмо, навчитися лічити. Спеціальні освітні програми допомагають розвинути у таких хворих обмежений потенціал, сформувати окремі базисні навички. Такі програми відповідають повільному характеру навчання з невеликим обсягом шкільного матеріалу. У зрілому віці окремі особи з помірно розумовою відсталістю можуть виконувати просту практичну роботу за умови конкретно сформульованого завдання і забезпечення кваліфікаційного нагляду за їх діяльністю. Таким хворим дуже рідко вдається жити самостійно, оскільки недорозвинені інтелект і особистість заважають засвоєнню системи моральних цінностей, основних норм соціальної поведінки, а через це хворі неспроможні до самостійного сімейного, суспільного і трудового життя.

**Тяжка і глибока розумова відсталість** характеризується вираженим ступенем розладів рухів чи інших відповідних дефектів, що свідчить про аномальний розвиток центральної нервової системи. До цього часто додаються тяжкі неврологічні й соматичні порушення, епілепсія, аутизм, розлади зору і слуху. Більшість таких хворих нерухомі чи значно обмежені в руках, не тримають сечі й калу, з ними можливі тільки найпростіші форми спілкування. Вони практично не здатні самостійно піклуватися про свої потреби і тому потребують постійного нагляду і допомоги.

**Судово-психіатрична оцінка розумової відсталості.** Для судово-психіатричної оцінки легкої розумової відсталості головним є констатація збереженості можливості засвоювати систему моральних заборон і основних норм соціальної поведінки. Підекспертні з легкою розумовою відсталістю можуть свідомо регулювати власну поведінку в юридично значущих ситуаціях, а також передбачати можливі наслідки своїх вчинків. Це може означати, що наявність медичного критерію (легка розумова відсталість) не створює умов для виникнення юридичного критерію неосудності, тому що такі хворі можуть усвідомлювати значення своїх дій і керувати ними, а тому їх слід визнавати осудними.

Аналогічно легка розумова відсталість не заважає суб'єкту своїми діями набувати для себе громадянських прав і виконувати відповідні обов'язки, а також правильно сприймати обставини, які мають значення для справи, і давати про них правильні свідчення. Вирішаль-

ним є встановлення факту здатності чи не здатності хворого з розумовою відсталістю за наявності у нього інтелектуального недорозвинення і порушень особистості усвідомлювати реальну соціально-психологічну ситуацію і згідно з цим визначати, організовувати і усвідомлювати свою поведінку, розуміти її правове значення при вирішуванні питань про осудність, дієздатність, можливість правильно сприймати обставини, які мають значення для справи, і давати щодо них правильні свідчення.

Особи з помірною розумовою відсталістю дуже рідко піддаються судово-психіатричній експертизі з метою вирішення питання про їх осудність. Це пов'язано з тим, що за психічним станом вони безініціативні й нездатні самостійно організовувати власну поведінку, перебувають під постійним наглядом і тому не вчиняють суспільно небезпечних дій. Найчастіше через власну пасивну підпорядкованість і навіюваність вони стають об'єктами сексуальних домагань і в цьому зв'язку піддаються судово-психіатричній експертизі з метою визначення їх здатності правильно сприймати обставини, які мають значення для справи, і давати про них правильні свідчення.

Велика залежність від піклувальників, а також значний когнітивний дефіцит не дають можливості особам з помірною розумовою відсталістю сформувати уявлення про себе як самостійну особистість, і це перешкоджає їм вирізнити уявлення про себе та оточуючих як про самостійні категорії. Усі дії осіб з помірною розумовою відсталістю характеризуються імпульсивністю, неусвідомлюваністю й нерозумінням їх протиправності. Такі особи не можуть соціально-психологічно організувати власну поведінку, не здатні розуміти протиправність і караність певних соціальних дій, оцінювати юридично значущі ситуації. Тому вони неосудні, недієздатні й не можуть правильно сприймати обставини, які мають значення для справи, і давати про них правдиві свідчення.

## *Розділ 6.* **ТИМЧАСОВІ РОЗЛАДИ ПСИХІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ**

### **6.1. Виняткові стани**

Виняткові стани — це група тимчасових, гострих розладів психічної діяльності, що різняться за етіологією, але багато в чому подібні за клінічними ознаками. Виняткові стани виникають у осіб, які не страждають на психічні захворювання, і, як правило, становлять єдиний епізод у їхньому житті. Назва “виняткові” підкреслює, що вони є винятковою подією в житті людини. До виняткових станів належать патологічне сп’яніння, патологічний афект, патологічний просоночний стан, сутінковий розлад свідомості, що не є симптомами психічного захворювання. Виняткові стани виникають при фізичній і психічній перевтомі, дефіциті сну, тривалому емоційно-вольовому напруженні.

**Патологічне сп’яніння** — це гострий короточасний психотичний епізод, що виникає на тлі простого алкогольного сп’яніння, тобто спровокований алкоголем тяжкий психічний розлад.

Велику роль у виникненні патологічного сп’яніння відіграють перевтома, недосипання, психічне і фізичне виснаження, хвилювання, страхи, тривога.

Основною ознакою патологічного сп’яніння є змінена свідомість, у результаті чого спотворюються процеси сприйняття, настає відрив від реальної дійсності. З’являються несвідомі страх, тривога, відчуття загрози щодо себе і близьких.

При наростанні емоційної напруги порушується орієнтування в навколишньому середовищі, з’являється маячне тлумачення різних подій. Під час такого стану раптово змінюється зовнішній вигляд

людини, обличчя стає блідим, а його вираз відбиває розгубленість, тривогу, страх. Водночас зберігається здатність до доволі складних цілеспрямованих дій, користуватися різними предметами, зброєю, вчиняти агресивні дії. Такі особи повністю дезорієнтовані в обстановці, не здатні до адекватного мовного контакту з оточуючими. Мовна продукція при патологічному сп'янінні уривчаста і в основному відбиває хворобливу симптоматику. Зовнішні форми поведінки такої особи свідчать про хворобливе сприйняття нею довкілля (людина ховається, когось переслідує, оточує, захищається від уявних ворогів); при цьому дії її мають хаотичний, безладний характер.

Закінчується патологічне сп'яніння так само раптово, як і починається, найчастіше термінальним сном. Для такого стану характерні неприховування слідів злочину, неопирання при затримуванні, пасивне підпорядкування оточуючим. Вчинене діяння після відновлення свідомості сприймається особою з подивом, як нереальне і супроводжується амнезією всіх подій. Іноді в пам'яті особи залишаються фрагменти галюцинаторних і маячних психопатологічних переживань. Тому особливе діагностичне значення під час проведення судово-психіатричної експертизи мають перші отримані одразу після події показання, коли спогади можуть бути найвиразнішими.

**Судово-психіатрична оцінка** патологічного сп'яніння завжди свідчить про неосудність особи, яка вчинила протиправну дію в такому стані.

Оскільки діагноз патологічного сп'яніння завжди ставиться ретроспективно, крім психопатологічного аналізу в практиці експертизи велике значення має вивчення матеріалів кримінальної справи. Матеріали кримінальної справи повинні відбивати разом з доказами здійснення особою злочину опис особливостей її поведінки, характеру мовної продукції в досліджуваній ситуації. Велике діагностичне значення мають показання свідків про зовнішній вигляд правопорушника, дані про неправильне сприйняття ним довкілля, висловлювання, що свідчить про наявність у особи хворобливих переживань (страх, незрозумілі вигуки та ін.), про особливості її рухів, послідовність дій тощо. Діагноз патологічного сп'яніння ґрунтується на сукупності ретроспективної оцінки поведінки обстежуваного на основі аналізу матеріалів кримінальної справи, які підтверджують або суперечать клінічним припущенням про порушену свідомість.

**Гостра реакція на стрес** розвивається в осіб у відповідь на винятковий фізичний і психологічний стрес, що з'являється внаслідок силь-

ної психогенної травми. Стресом може бути сильне травматичне переживання, включаючи загрозу безпеці чи фізичній цілісності індивідуума, природна катастрофа, нещасний випадок, аварія, злочинна поведінка інших осіб, зґвалтування, втрата близьких, пожежа, неприємна звістка, арешт. Ризик розвитку в особи такого розладу підвищується в разі фізичного виснаження й наявності органічних факторів (наприклад, у людей похилого віку). Крім того, у виникненні гострої реакції на стрес значну роль відіграє індивідуальна вразливість і знижені адаптивні можливості особистості, оскільки цей розлад розвивається не в усіх людей, які піддалися сильному стресу. Симптоми виявляють типову змішану і мінливу картину й включають початковий стан “оглушення” з деяким звуженням свідомості та зниженням уваги, нездатністю адекватно реагувати на зовнішні стимули з дезорієнтацією в місці, часі та власній особистості.

Такий стан може супроводжуватися психомоторною загальмованістю (аж до ступору) чи ажітацією і гіперактивністю (реакція втечі).

Психомоторна загальмованість виявляється раптово станом заціпеніння, повною нерухомістю, порушенням сприйняття зовнішніх подразників і відсутністю мови. До психомоторної загальмованості додаються вегетативні порушення і глибоке потьмарення свідомості (сноподібне оглушення) з подальшою амнезією.

Гіперактивна форма характеризується хаотичним, безладним метанням, що настає раптово, безглуздою втечею, часто в напрямку небезпеки. Хворі намагаються кудись іти чи бігти, їхні рухи стають безцільними й недиференційованими, міміка відбиває жакливі переживання, висловлювання нескладні, уривчасті, іноді переважає мовна сплутаність у вигляді нескладного мовного потоку. Вегетативні порушення виявляються у тахікардії, різкому зблідненні чи почервонінні шкіри, рясному потовиділенні. До гіперактивної форми шоккових реакцій належать також гострі психози страху. У такому разі у клінічній картині психомоторного збудження основним симптомом є панічний, невтримний страх. Іноді психомоторне збудження змінюється психомоторною загальмованістю, і тоді хворі застигають у позі, що виражає жах, розпач. Такий стан страху зникає через кілька днів, але в подальшому будь-яке нагадування про минулі переживання може призвести до загострення нападів страху.

В окремих випадках на ґрунті перенесеної гострої реакції страху в подальшому може розвиватися затяжний невроз страху.



**Патологічний афект** — це хворобливий стан, що виникає у психічно здорової людини як гостра реакція на стрес, на піку розвитку якої спостерігається порушення свідомості за типом афективного сутінкового стану. Патологічний афект складається з трьох фаз.

Перша фаза (підготовча) — особистісне переосмислення стресової ситуації, виникнення і наростання емоційного напруження. При гострій психогенії ця фаза може скорочуватися до кількох секунд, що призводить до різкого прискорення прояву патологічного афекту. Тривала психотравмуюча ситуація поступово нарощує афективне напруження, на тлі якого незначна стресова подія за механізмом “останньої краплі” може спричинитись до гострої афективної реакції.

Найважливіша умова виникнення афективної реакції — наявність конфліктної ситуації, почуття фізичної чи психічної перешкоди на шляху реалізації своїх планів, намірів.

Гостра психогенія може виявитись несподіваним, сильним, суб’єктивно значущим подразником (раптовий напад, грубе приниження честі, гідності та ділової репутації). Фактор раптовості, “надзвичайність” психогенії для особистості мають вирішальне значення.

При тривалій психотравмуючій ситуації (стійкі неприязні відносини з потерпілим, тривалі систематичні приниження і знущання, багаторазове повторення ситуацій, що спричинюють емоційне напруження) гостра афективна реакція виникає в результаті поступового нагромадження афективних переживань. Психічний стан таких осіб характеризується зниженням настроєм, неврастенічною симптоматикою, появою домінуючих ідей, тісно пов’язаних із психотравмуючою ситуацією. До факторів, що спричинюють афективну реакцію належать перевтома, тривале безсоння, фізичне та психічне виснаження.

На другій фазі патологічного афекту виникає короткочасний психотичний стан, коли психотична симптоматика характеризується незавершеністю, невиразністю, відсутністю зв’язку між окремими психопатологічними феноменами. Вона визначається, як правило, короткочасними розладами сприйняття у вигляді гіпоакузій (звуки віддаляються), гіперакузій (звуки сприймаються як дуже голосні), ілюзорного сприйняття різних подразників. Окремі розлади сприйняття можуть бути кваліфіковані як галюцинації. Крім того, з’являються психосенсорні розлади: порушення схеми тіла (голова стала великою, руки довгими), стан гострого страху, розгубленості й маячні переживання, зміст яких може відбивати реальну конфліктну ситуацію.

Подальше афективне напруження призводить до афективного вибуху з проявами особливої жорстокості, агресії, що не відповідають за змістом і силою приводу, що спричинив їх, а також мотивам і ціннісним установкам особистості.

Моторні дії при патологічному афекті тривають і після того, як жертва перестає опиратися чи не виявляє ознак життя. Такі дії мають характер немотивованих автоматичних і стереотипних рухів.

Про порушення свідомості й патологічний характер афекту свідчать також надзвичайно різкий перехід від інтенсивної рухової активності, що властива другій фазі, до психомоторної загальмованості.

Третя фаза (заключна) характеризується відсутністю будь-яких реакцій на вчинене, відсутністю контакту, термінальним сном чи хворобливою прострацією, що становить одну з форм оглушення.

При диференціальній діагностиці патологічного і фізіологічного афектів необхідно враховувати, що вони мають певні спільні ознаки, зокрема короткочасність, гостроту, яскравість виразності, зв'язок із зовнішнім психотравмуючим приводом, три фази розвитку; вибуховий характер у другій фазі, виснаження фізичних і психічних сил, а також часткову амнезію — у заключній.

Основним критерієм розмежування патологічного та фізіологічного афектів є виявлення симптомів сутінкового розладу свідомості при патологічному афекті. При фізіологічному афекті виявляється тільки афективною звужена, але не порушена свідомість.

**Судово-психіатрична оцінка** патологічного і фізіологічного афектів різна. При здійсненні афективного делікту неосудність визначається тільки наявністю ознак патологічного афекту в момент правопорушення. Такий стан підпадає під поняття тимчасового розладу психічної діяльності медичного критерію неосудності, тому що виключає можливість такої особи в момент здійснення протиправних дій усвідомлювати значення своїх дій і керувати ними.

Наявність фізіологічного афекту в момент здійснення злочину не виключає осудності, а є тільки пом'якшуючою обставиною.

Найадекватнішим видом експертизи при оцінюванні афективних деліктів є комплексна судова психолого-психіатрична експертиза. Спільний розгляд особистості, ситуації, психічного стану в момент делікту — один з основних принципів при оцінюванні емоційних станів.

При здійсненні судової комплексної психолого-психіатричної експертизи компетенція психіатра поширюється на розкриття і кваліфікацію аномальних, патологічних особливостей особистості піддек-

пертного, нозологічну діагностику, відокремлення хворобливих і нехворобливих форм афективної реакції, складання висновку про неосудність чи обмежену осудність обвинувачуваного. До компетенції психолога належить визначення структури особистісних особливостей підекспертного, які не виходять за межі психічної норми, аналіз психогенної ситуації, мотивів поведінки її учасників, визначення характеру нехворобливої емоційної реакції, ступеня її інтенсивності та вплив на поведінку підекспертного при скоєнні протиправних дій.

**Патологічний просоночний стан** належить до розладів пробудження і, як правило, розвивається в осіб, схильних до розладів сну, особливо до станів пробудження, що супроводжуються повільним відновленням орієнтування в навколишньому середовищі.

Хворобливі просоночні стани перед пробудженням характеризуються яскравими сновидіннями зі страхом. Об'єктом агресивної поведінки людини в такому стані стають особи з найближчого оточення, перекручене сприйняття яких є продовженням жакливого сновидіння. У просоночному стані свідомість людини порушується, внаслідок чого повністю зникає контакт з оточенням, послідовність і цілеспрямованість дій визначаються змістом сновидінь. Після вчинення особою правопорушення її сон або триває, або настає пробудження з наступною адекватною реакцією розгубленості й подиву з приводу того, що сталося. В окремих випадках можливі фрагментарні спогади про зміст сновидінь. Сновидіння, як правило, мають яскравий, жакливий характер, супроводжуються страхом і необхідністю оборонятися. Зазвичай сновидіння тривають і після того, як рухливі функції звільняються від сонного гальмування.

Особи, які вчинили правопорушення у стані патологічного просоночного стану, визнаються неосудними.

Вибір примусового заходу медичного характеру щодо неосудних осіб, які перенесли короточасні розлади психічної діяльності, повинен бути диференційованим.

Якщо виняткові стани виникають у осіб, які не зловживали раніше алкоголем, мають позитивний соціальний статус з неістотно вираженою органічною патологією мозку, можна рекомендувати щодо них спостереження районного психоневрологічного диспансеру чи амбулаторне примусове лікування. Якщо ж особи, які перенесли короточасні психотичні стани, потребують лікування психогенних розладів, вони можуть бути направлені до психіатричної лікарні без застосування примусових заходів медичного характеру.

## 6.2. Тимчасові хворобливі розлади психічної діяльності

Це оборотні розлади, що виникають як реакція у відповідь на вплив стресової ситуації (психічної травми). Розрізняють дві основні підгрупи оборотних розладів: невротичні, пов'язані зі стресом, і соматоформні (див. розд. 7); реактивні (психогенні) психози. Розглянемо докладніше другу підгрупу.

Основною клінічною ознакою реактивних (психогенних) психозів є продуктивна психотична симптоматика (маячення, галюцинації, загальмованість психічних процесів, кататонічні прояви), що не спостерігається при неврозах. Можливість розвитку реактивного психозу після стадії неврозу, а також формування невротичного стану після перенесеного реактивного психозу свідчать про нозологічну єдність психогенних психозів і неврозів.

**Реактивна депресія** може виявлятися у психічно здорових осіб, які перебувають у психотравмуючій (судово-слідчій) ситуації і може колитися від незначно вираженої пригніченості до порівняно глибокої туги, що безпосередньо пов'язана з такою ситуацією. Загальмованість інтелектуальної діяльності не різко виражена, характернішим є своєрідне порушення плину уявлень, що зумовлюється концентрацією уваги на вузькому колі ідей, безпосередньо пов'язаних з майбутніми наслідками, судом, можливим покаранням. Хворі не можуть позбутися важких думок і переживань, оцінюють минуле й нинішнє у похмурих тонах, побоюються за майбутнє. У психотравмуючих ситуаціях (розмови про справу, листи з дому тощо) спостерігається тимчасове погіршення стану з переходом депресивної симптоматики у депресивно-астенічну.

При спонтанному зворотному розвитку, а також у результаті терапії чи зміни несприятливої ситуації психічна діяльність поступово відновлюється, однак тривалий час ще спостерігається стан постреактивної астенії.

Клінічний варіант депресій з параноїдною симптоматикою характеризується тим, що на тлі депресії, яка поглиблюється, виникають ідеї відносин, переслідування, маячна інтерпретація довкілля. Хворі зазначають, що оточуючі якимось особливо уважно розглядають їх, вважають, що за ними стежать за дорученням слідчих органів, сусіди по палаті рухами і жестами немов “натякають”, що їх очікує важке по-

карання, у газетах і по радіо повідомляють про вчинені ними злочини.

Перебіг депресивно-параноїдного стану триває два-три місяці. У разі зміни ситуації чи при лікуванні насамперед зникає маячна інтерпретація довкілля. Депресія стає менш глибокою і адекватнішою, поступово зникає психомоторна загальмованість, з'являється критичне ставлення до перенесеного хворобливого стану.

**Дисоціативні розлади (істеричний психоз).** Загальні ознаки дисоціативних розладів, полягають у частковій або повній втраті нормальної інтеграції між пам'яттю про минуле, усвідомленням ідентичності відчуттів, з одного боку, і контролюванням рухів тіла — з іншого. При дисоціативних розладах свідомий контроль над пам'яттю і відчуттями, які формують безпосередню увагу, порушується до такої міри, що зникає контроль над рухами, які необхідно виконувати. Дисоціативні розлади — це реакція на значну психотравмуючу ситуацію, стрес, що безпосередньо перебуває у причинно-наслідковому зв'язку з цією подією, з невирішеними проблемами чи порушеними міжособистісними відносинами.

**Дисоціативна амнезія** — це втрата пам'яті про нещодавні важливі події. Вона не зумовлена органічним психічним захворюванням і надто виражена, щоб пояснюватися звичайною безпам'ятністю чи втомою. Амнезія виникає тільки на травматичні події, такі як нещасні випадки чи несподівана втрата близьких, тому вона буває частковою і вибірковою. Дисоціативна амнезія переважно ретроградна і найчастіше зустрічається у свідків і потерпілих. Найважче відрізнити її від свідомої симуляції, пов'язаної з можливим тюремним ув'язненням.

**Дисоціативний ступор** діагностується на підставі різкого зниження чи відсутності довільних рухів і нормальних реакцій хворого на зовнішні стимули, такі як світло, шум, дотик. Тривалий час хворий лежить чи сидить нерухомо. При цьому у нього цілком чи майже цілком відсутня мова, спонтанні й цілеспрямовані рухи, може виявитися порушення свідомості. М'язовий тонус, положення тіла, подих, а іноді й розплющення очей та координовані їх рухи такі, що стає зрозумілим, що хворий не перебуває ні у стані сну, ні в несвідомому стані.

**Психогенна сплутаність (синдром Ганзера)** виникає у психотравмуючій ситуації і виявляється в гострому сутінковому розладі свідомості, неправильних відповідях на прості запитання, істеричних розладах чуливісті й іноді галюцинаціях. Хворобливий стан з гострим перебігом триває кілька днів. Після видужання людина не пам'ятає

цього періоду часу. Нині в судово-психіатричній клініці цей синдром не виявляється.

Найчастіше в судово-психіатричній клініці спостерігається **синдром псевдодеменції** (позірне слабоумство), що виявляється в неправильних відповідях на запитання (мимовільна мова) і неправильних діях (мимовільні дії), коли у хворих з'являється раптове глибоке слабоумство, що згодом зникає.

Синдром псевдодеменції формується поступово на тлі депресивно-тривожного настрою. Найчастіше цей синдром виникає в осіб з наслідками органічного ураження головного мозку травматичного, судинного чи інфекційного характеру, а також у психопатичних особистостей збудливого й істеричного типу.

Явища мимовільної мови виявляються в тому, що хворий неправильно відповідає на прості запитання, не може назвати поточний рік, місяць, перелічити пальці на руці. Часто відповіді мають характер заперечення (“не знаю”, “не пам'ятаю”), прямо протилежні правильним чи подібні за змістом, містять відповідь на попереднє запитання.

Нині псевдодементний синдром спостерігається як окремі прояви у клінічній картині реактивної депресії чи маячноподібних фантазій.

**Синдром пуерилізму** (від *puer* — хлопчик) виявляється в дитячих формах поведінки на тлі істерично звуженої свідомості. Виникає в осіб з тими самими характерологічними особливостями, що й псевдодеменція.

У судово-психіатричній практиці найчастіше виявляються окремі ознаки пуерилізму, ніж цілісний пуерильний синдром. Найчастішими і найстійкішими симптомами пуерилізму є дитяча мова, дитячі рухи і дитячі емоційні реакції. У поведінці хворих відтворюються особливості психіки дитини, вони розмовляють тонким голосом з вередливою інтонацією, вибудовують фрази як діти, до всіх звертаються “ти”, називаючи дядьками й тітками. Моторика рухів хворих так само має дитячий характер, вони бігають маленькими кроками, тягнуться до блискучих предметів, вередують, ображаються, плачуть, якщо не отримують те, що просять.

Однак у дитячих формах поведінки пуерильних хворих можна помітити прояви життєвого досвіду дорослої людини, що створює враження деякої нерівномірності розпаду функцій (наприклад, дитяча шепелява мова й автоматизована моторика під час прийняття їжі; паління, що відбиває досвід дорослої людини). Тому поведінка хво-

рих з пуерильним синдромом значно відрізняється від дитячої поведінки.

**Маячноподібні фантазії.** У судово-психіатричній практиці цей термін вперше було застосовано для позначення клінічних форм, що зустрічаються переважно в умовах тюремного ув'язнення і характеризуються насамперед наявністю фантастичних ідей. Ці фантастичні ідеї займають проміжне становище між маяченням і звичайними фантазіями. Наближаючись до маячних ідей за змістом, маячноподібні фантазії вирізняються жвавістю, рухливістю, відсутністю стійкої переконаності хворого в їхній вірогідності, а також безпосередньою залежністю від зовнішніх обставин. Найчастіше ця форма розвивається в осіб з наслідками травматичного ураження головного мозку, а також у психопатичних особистостей.

В одних випадках маячноподібні фантазії розвиваються гостро, на тлі пригніченого настрою, емоційного напруження з елементами тривоги, в інших — поступово.

У клінічній картині цих станів переважають нестійкі ідеї величі, багатства, що у фантастичній і гіперболізованій формах відбивають заміщення важкої, непосильної для особистості ситуації конкретними за змістом фантастичними вигадками. Хворі розповідають про свої польоти в космос, про великі багатства, які вони мають, їхні великі відкриття, що мають державне значення. Окремі фантастичні маячноподібні ідеї не становлять систему, вирізняються строкатістю, часто суперечливістю. У змісті маячноподібних фантазій відбивається вплив психотравмуючої ситуації, світогляду хворих, рівня їхнього інтелектуального розвитку й життєвого досвіду і суперечить основному тривожному їх настрою. Фантазії можуть змінюватися під впливом зовнішніх чинників і запитань лікаря.

**Дисоціативні розлади моторики** — це втрата здатності до руху кінцівок чи їх частин (параліч). Параліч може бути повним або частковим, коли рухи слабкі чи уповільнені. Можуть виявлятися й різні форми та ступені порушення координації (атаксія), особливо в ногах, що зумовлює вигадливу ходу чи нездатність стояти без сторонньої допомоги (астазія-абазія). Може спостерігатись також перебільшене тремтіння однієї з кінцівок чи всього тіла.

**Втрата почуттєвого сприйняття** найчастіше виявляється в ділянці шкірної анестезії і зазвичай її межі свідчать про те, що це скоріше відбиває уявлення хворого про тілесні функції, аніж відповідає медичним знанням. Іноді виявляються ізольовані втрати у сферах почуттів, що не

можуть зумовлюватися неврологічними ушкодженнями. Втрата почуттєвого сприйняття може супроводжуватися скаргами на парестезії.

Утрата зору при дисоціативних розладах рідко буває тотальною, і при порушеннях зору найчастіше йдеться про втрату гостроти зору, його загальної неясності чи про звуження поля зорового сприйняття. Всупереч скаргам на втрату зору такі хворі зберігають звичайну загальну рухливість і моторну продуктивність.

Набагато рідше, ніж втрата чутливості чи зору, у судово-психіатричній практиці виявляються дисоціативна психогенна глухота й аносія (відсутність нюхової чутливості).

**Гострі та транзиторні психотичні розлади** характеризуються: гострим початком (упродовж двох тижнів), швидкозмінною і різноманітною клінічною картиною, що позначається як “поліморфна”, наявністю типових шизофренічних симптомів, виникнення яких пов’язано з гострим стресом. До цієї групи входять психогенний параноїд і галюциноз.

Типовою стресовою подією може бути втрата близької людини, роботи, розлучення, тероризм, катування, арешт, осудження.

Повне видужання, як правило, настає через два-три місяці, іноді тижнів чи навіть кілька днів. І тільки у невеликій частки хворих такі розлади можуть мати хронічний перебіг.

**Гострий і транзиторний психогенний параноїд** найчастіше виникає після тривалого нервового напруження, безсоння у психопатичних особистостей з гальмівними рисами характеру, в осіб у віці зворотного розвитку (після 50 років), а також в осіб з наслідками органічного ураження головного мозку (травматичної і судинної природи) після арешту чи у в’язниці. На початковій стадії у хворих з’являються незрозуміла болісна тривога, загальне емоційне напруження і занепокоєння, до яких згодом додаються легка зміна свідомості й недостатня чіткість сприйняття. Усе навкруги здається хворим дивним, незрозумілим, сприймається ними немов у тумані (явища дереалізації). Маячні ідеї особливого значення, відносин і переслідування мають інтерпретативний характер. Тематика параноїду відбиває психотравмуючу ситуацію. Хворі вважають, що в камері, де вони перебувають, їх оточують “підставні особи”, які стежать за ними, “переморжуються”, подаючи в такий спосіб “сигнали”, збираються їх “убити”, “отруїти”. У незнайомих особах вони впізнають слідчого, суддю, колишніх ворогів. Хворі захищаються від уявних переслідувачів, побоюючись бути отруєними, відмовляються їсти, стають неспокійними, іноді агре-



сивними. Такий стан може тривати два-три тижні, іноді місяць. Поступово хворі заспокоюються, стан страху змінюється на тугу і пригніченість, що відповідає реальній ситуації, а маячна інтерпретація зникає. Однак, не висловлюючи нових маячних ідей, хворі все одно залишаються впевненими в реальності подій, які вони пережили. Критичне ставлення до перенесених хворобливих переживань відновлюється поступово, водночас тривалий час спостерігається астенія.

**Гострі й транзиторні реактивні галюцинаторно-параноїдні психози** виникають в осіб під час психотравмуючих ситуацій, пов'язаних з арештом, слідством і засудженням.

Психогенний галюцинаторно-параноїдний синдром розвивається на тлі таких самих особистісних особливостей, що й психогенний параноїд, а також у психічно здорових осіб. Цей стан характеризується гострим розвитком усіх психотичних проявів, коли на тлі тривоги, безсоння, постійного обмірковування і пошуку виходу із ситуації, що склалася, цілеспрямоване мислення заміщується безупинним потоком уявлень. Окремі слова та незакінчені фрази швидко змінюють одні одних. З'являються спогади давно минулих епізодів. Хворі скаржаться, що мимоволі змушені думати про дрібниці. Поряд з напливом думки з'являється відчуття “втягування”, “читання” думок, почуття “внутрішньої відкритості”, слухові псевдогалюцинації. Хворі чують голоси “всередині голови” загрозливого змісту, які ображають їх і звинувачують. Голоси мають множинний характер, належать родичам, судді, слідчому, які часто у вигляді діалогу обговорюють поведінку хворого, загрожують йому, пророкують смерть. Хворі чують плач своїх дітей, рідних, які благають про допомогу.

Велике місце у клінічній картині займають маячні ідеї відносин, особливої значущості й переслідування, постійного контролю, впливу, який здійснюється нібито за допомогою гіпнозу чи особливих апаратів. Усі маячні ідеї об'єднані загальним змістом і пов'язані із психотравмуючою ситуацією. На піку психотичного стану переважає страх, поведінка хворих цілком визначається галюцинаторно-параноїдними переживаннями.

**Судово-психіатрична оцінка реактивних станів.** Кримінальні дії у стані реактивного психозу здійснюються рідко; зазвичай реактивні стани розвиваються після вчинення правопорушення.

Якщо протиправні дії вчинені у стані реактивного психозу, природно, варто говорити про неможливість особи в той період усвідомлювати значення своїх дій і керувати ними.

Якщо реактивні стани виникають після здійснення правопорушення під час слідства, а також до чи після винесення вироку й у період відбування покарання, експерти повинні вирішити питання про осудність особи й оцінити її психічний стан після вчинення правопорушення.

Згідно з ч. 3 ст. 19 КК України “не підлягає покаранню особа, яка вчинила злочин у стані осудності, але до постановлення вироку захворіла на психічну хворобу, що позбавляє її можливості усвідомлювати свої дії (бездіяльність) або керувати ними. До такої особи за рішенням суду можуть застосовуватися примусові заходи медичного характеру, а після одужання така особа може підлягати покаранню”.

При реактивних психозах, що мають короткочасний, цілком зворотний характер, видужання найчастіше настає в умовах експертного стаціонару. Тому вирішення питання про можливість участі під експертного в досудовому чи судовому слідстві або про перебування його в місцях позбавлення волі не викликає утруднень. Утруднення виникають при вирішенні таких питань щодо осіб із затяжними реактивними психозами. Основне завдання експертизи в таких випадках полягає у визначенні глибини й важкості хворобливого стану, а також можливого його прогнозу.

При вирішенні питань прогнозу і вибору практичних заходів щодо хворих з рецидивами при затяжній істеричній депресії необхідно враховувати, що клінічна картина повторних епізодів у цих випадках вибудовується за типом відпрацьованих кліше і не відбиває поглиблення первісної симптоматики. Тому при судово-психіатричному оцінюванні кожного повторного епізоду, однотипного за клінічною картиною з первісним, доцільно виходити з таких самих положень, що й при експертному оцінюванні первісного затяжного реактивного стану.

При затяжних реактивних психозах, у клінічній картині яких основне місце посідають депресивні та депресивно-параноїдні синдроми, експертні утруднення пов'язані зі складністю відокремлення цих станів від шизофренії, що мала місце до скоєння суспільно небезпечних діянь. Крім того, реактивні психози з депресивними синдромами можуть набувати затяжного характеру. Тому з огляду на можливість діагностичних утруднень, а також на необхідність застосування у подібних ви-

падках тривалої активної терапії найдоцільніше направляти хворих до психоневрологічних лікарень на примусове лікування до виходу з цього стану без вирішення питання про осудність, а після одужання і повернення цих осіб до експертної установи поставлені перед експертизою питання можуть бути вирішені.

Якщо у процесі динамічного спостереження й активної терапії в умовах психіатричного стаціонару у хворих підтверджується психогенна природа захворювання й настає повне видужання, вони можуть бути осудними й нести відповідальність за вчинене чи продовжувати відбувати покарання, якщо це стосується засуджених.

Припинення примусових заходів медичного характеру до хворих із затяжними тужливими депресивними і депресивно-параноїдними станами рекомендується тільки після повного їх одужання зі зникненням постреактивної астенії і відновлення критичного ставлення до перенесених хворобливих переживань.

В окремих випадках затяжні реактивні стани характеризуються не лише тривалим, а й прогресивним перебігом, коли втрачається безпосередній зв'язок із психогенною травмою, натомість спостерігаються зростаючі глибокі й незворотні зміни психіки. Зазвичай затяжні реактивні психози розвиваються на патологічному ґрунті — при органічному захворюванні головного мозку (травматичного, судинного характеру), в осіб літнього віку — на тлі загострення хронічних соматичних захворювань тощо. Такі стани за сукупністю клінічних ознак необхідно кваліфікувати як хронічне психічне захворювання, що розвинулося після скоєння злочину з усіма юридичними наслідками.

Нові питання постають у процесі експертизи у зв'язку з проявом останніми роками різноманітних форм психогенних невротичних депресій, що мають затяжний перебіг. Ці згладжені депресії, що не досягають психотичного рівня, супроводжуються певною дезорганізацією психічної діяльності. При цьому можливі коливання інтенсивності депресивного стану, що згодом значно поглиблюються. Тому при затяжному перебігу згладжених депресій направлення хворого на лікування до одужання, а не в суд є обґрунтованим, оскільки при цьому не обмежується його здатність у повному обсязі активно здійснювати передбачене законом право на захист своїх інтересів у суді.

Іноді перед судово-психіатричною експертизою висувається питання про оцінку психічного стану учасників цивільного процесу, коли реактивний стан виникає після здійснення юридичного акту (вступ у шлюб, обмін житлової площі, складання заповіту, майнова угода тощо) і не позбавляє особу в момент його укладення можливості ро-

зуміти значення своїх дій та (або) керувати ними. Якщо хворий, перебуваючи у стані реактивного психозу, укладає юридичну угоду, то така можливість виявляється втраченою.

Важче оцінювати психічний стан учасників процесу (позивачів і відповідачів) у період провадження судочинства, їх можливість брати участь у судовому розгляді в ролі однієї зі сторін (цивільна процесуальна дієздатність). У таких випадках основною є клінічна характеристика реактивного стану, оцінка основних психопатологічних розладів, їх невротичного чи психотичного рівня, які визначають здатність особи розуміти значення своїх дій та (або) керувати ними на етапі цивільного судочинства.

До тимчасових розладів психічної діяльності належать також гострий поліморфний психотичний розлад без симптомів шизофренії і гострий шизофреноподібний психотичний розлад.

**Гострий поліморфний психотичний розлад без симптомів шизофренії** характеризується галюцинаторними чи маячними розладами з виразною варіабельністю, що змінюються з кожним днем чи навіть з кожною годиною. Спостерігається також емоційна нестабільність з інтенсивними транзиторними почуттями щастя й екстазу, тривоги і дратівливості. Попри розмаїтість симптомів жодний з них не повинен відповідати критеріям шизофренії та маніакально-депресивного психозу. Такі розлади зазвичай починаються раптово (тривають 48 годин) зі швидким зникненням патологічних симптомів. Найчастіше виразний провокуючий стресовий вплив не виявляється.

Якщо симптоми виявляються понад три місяці, діагноз має бути змінений. Найадекватнішим у таких випадках є хронічний маячний розлад чи інші неорганічні психотичні розлади.

**При гострому шизофреноподібному психотичному розладі** психотичні симптоми відносно стабільні й відповідають критеріям шизофренії, що тривають щонайбільше місяць. Крім того, деякою мірою можуть виявлятися емоційна розмаїтість і нестабільність, як при гострому поліморфному психотичному розладі.

До цієї групи входять гостра (недиференційована) шизофренія, онейрофренія, шизофренічна реакція, короткочасний шизофреноформний розлад чи психоз.

**Індукований маячний розлад** — це рідкісний маячний розлад, який може виявлятися у двох чи більшої кількості осіб, які мають тісний емоційний контакт, але тільки один з них страждає на справжній психотичний розлад. Маячні ідеї цього індуктора передаються іншим

особам, що контактують з ним і зникають у них при розлученні з індуктором. Психічне захворювання у домінантної особи найчастіше має шизофренічну природу. Первісне маячення у домінантної особи й індуковане маячення мають хронічний характер і за змістом найчастіше є маячними ідеями переслідування, відносин впливу, отруєння чи величі. Маячні переконання передаються лише в особливих обставинах, коли група має тісні контакти й ізольована від інших мовою, культурою чи географією. Людина, якій індукується маячна ідея, найчастіше залежить чи підкоряється партнеру, хворому на психоз.

Діагноз індукованого маячного розладу може бути поставлений за таких умов: одна або кілька осіб обстоюють одну маячну ідею чи систему і підтримують один одного в цьому переконанні; ці особи перебувають у незвичайно тісних стосунках; якщо відомо, що маячення було індуковано пасивним членам групи шляхом контакту з активним партнером.

Індуковані галюцинації виявляються дуже рідко, але їх наявність не виключає цього діагнозу. Водночас, якщо двоє осіб, які живуть разом, мають самостійні психотичні розлади, жодну з них не можна класифікувати в цій рубриці, навіть якщо вони поділяють спільні окремі маячні переконання.

### **6.3. Шизоафективні розлади**

Це епізодичні (нападopodobні) розлади, при яких одночасно наявні як афективні, так і шизофренічні симптоми, а розлад психічної діяльності не відповідає критеріям ні шизофренії, ні маніакально-депресивного психозу.

При шизоафективному розладі маніакального типу у хворих спостерігаються підвищення настрою, енергійність, гіперактивність, зниження концентрації уваги, втрата нормального соціального гальмування, значне переоцінювання власної особистості, що поєднуються з маячними ідеями величі. Часто такі порушення супроводжуються дратівливістю, конфліктністю, агресивною поведінкою та ідеями відносин переслідування. Шизоафективні розлади маніакального типу характеризуються яскравою симптоматикою з гострим початком.

При шизоафективному розладі депресивного типу у хворих спостерігаються загальмованість, безсоння, втрата енергії, маси, апетиту, зниження звичайних інтересів, порушення концентрації уваги, почуття провини, безвиході, суїцидальні думки, висловлювання та вчинки.

Крім того, хворі стверджують, що їхні думки всім відомі, а також що думки переривають сторонні сили, які намагаються контролювати їх, що за ними шпигують, плетуть проти них інтриги. Вони чують голоси, які засуджують чи обвинувачують їх, кажуть, що хочуть їх убити чи обговорюють між собою їхню поведінку. Шизоафективні розлади депресивного типу зазвичай менш яскраві, ніж маніакальні, але мають тенденцію до тривалішого перебігу і менш сприятливого прогнозу. Хоча більшість хворих повністю видужує, в окремих випадках може розвинути шизофренічний дефект.

**Судово-психіатрична оцінка.** Якщо клінічна картина психозу чи виразні зміни особистості в період ремісії (симптоми дефектів в емоційній, вольовій і когнітивній сферах) не викликають сумніву щодо діагнозу шизофренії, особи визнаються неосудними. У такому разі зазвичай йдеться про хронічний психічний розлад, коли навіть ремісія (поліпшення стану) має нестійкий і неглибокий характер.

Якщо правопорушення вчинено хворим на шизофренію в період стійкої і глибокої ремісії без виразних змін особистості, а психотичний приступ він переніс у минулому, у цьому разі хворий визнається осудним. Таке рішення приймається тоді, коли в період ремісії не відбувається помітних особистісних змін і вона довготривала, при цьому хворі добре соціально адаптовані.

У разі розвитку шизофренії вже після вчинення правопорушення, у період слідства, після суду чи під час перебування в місцях позбавлення волі, хворі звільняються від відбування покарання, хоча щодо інкримінованих їм діянь визнаються осудними. Таких хворих за рішенням суду направляють до психіатричної лікарні для застосування до них примусових заходів медичного характеру.

Під час судово-психіатричного огляду хворі на шизофренію іноді вдаються до дисимуляції наявних у них психічних порушень. Таке явище найчастіше спостерігається у хворих з депресивними і маячними розладами. Ці особи всіляко намагаються довести, що вони психічно здорові, вважаючи за краще нести відповідальність за вчинене правопорушення, ніж бути визнаними хворими й лікуватися.

Великі утруднення при розпізнаванні шизофренії виникають на початкових її етапах, а також при млявому її перебігу, коли у хворих переважають психопатоподібні й неврозоподібні розлади. У цьому разі часто недооцінюється ступінь змін особистості й переоцінюється значення психотравмуючих чинників. Визнані осудними такі особи можуть тривалий час перебувати в місцях позбавлення волі, відбува-

ючи покарання, а потім у результаті загострення хвороби потрапляти до психіатричних лікарень місць позбавлення волі чи звільнитися від подальшого покарання як психічно хворі.

Здатність свідків і потерпілих, які страждають на шизофренію, брати участь у судово-слідчому процесі, правильно сприймати обставини у справі й давати про них правильні показання обов'язково слід оцінювати з урахуванням збережених сторін їхньої психічної діяльності, а також залежно від характеру кримінальної ситуації, учасниками якої вони виявилися. При дотримуванні зазначених принципів цивільні права психічно хворих — потерпілих і свідків — завжди будуть дотримані.

Часто хворі на шизофренію піддаються судово-психіатричному огляду в цивільних процесах, коли вирішується питання їхньої дієздатності й встановлення над ними опіки. Необхідність охорони прав психічно хворих і питання профілактики суспільно небезпечних дій визначають значення відповідних експертиз.

## **6.4. Органічні психічні розлади, зокрема симптоматичні**

До органічних входять психічні розлади зі спільною чіткою етіологією, що полягає в церебральних захворюваннях, травмах мозку чи інших ушкодженнях, які призводять до періодичної й тимчасової церебральної дисфункції і мають тимчасовий характер перебігу. До цієї групи розладів належать органічний амнестичний синдром; делірій, що не зумовлюється вживанням психоактивних речовин; афективні розлади настрою.

**Органічний амнестичний синдром** виявляється в порушенні пам'яті на нещодавні й давно минулі події, коли знижується здатність до засвоєння нового матеріалу, у результаті чого з'являються антероградна амнезія і дезорієнтація в часі. При такій патології виявляється ретроградна амнезія різної інтенсивності, діапазон якої може згодом скоротитися, якщо основне захворювання чи патологічний процес має тенденцію до зворотного перебігу та одужання. Конфабуляції можуть мати виражений характер, але не бути обов'язковою ознакою. При цьому сприйняття та інші когнітивні функції, включаючи інтелектуальні, зберігаються і створюють тло, на якому розлад пам'яті стає особливо очевидним.

Достовірний діагноз можливий тільки в разі виявлення певних симптомів: порушення пам'яті на нещодавні події (зниження здатності до засвоєння нового матеріалу); антероградної і ретроградної амнезії, зниження здатності до відтворення подій минулого у зворотному порядку їхнього виникнення; об'єктивних даних, що свідчать про наявність інсульту чи хвороби мозку; відсутності дефекту в безпосередньому відтворенні, відсутності порушення уваги, свідомості й глобального інтелектуального порушення.

Конфабуляції, відсутність критичного ставлення, емоційні зміни (апатія, відсутність ініціативи) є додатковими, але не обов'язковими симптомами для встановлення цього діагнозу.

**Делірій, що не зумовлюється вживанням психоактивних речовин,** характеризується розладом свідомості й уваги, сприйняття, мислення, пам'яті, емоцій, а також різними психомоторними порушеннями. Він може виникнути в будь-якому віці, але найчастіше після 60 років. Деліріозний стан є минулим і хвилюподібним за інтенсивністю. Зазвичай повне видужання настає щонайбільше через чотири тижні. Однак делірій може тривати з коливаннями і протягом шести місяців, особливо якщо він виникає у хворих з хронічним захворюванням печінки, карциномою чи бактеріальним ендокардитом.

Для достовірного діагнозу делірію повинні виявлятися легкі чи тяжкі симптоми з кожної з таких груп: змінена свідомість і увага (від оглушення до коми); знижена здатність концентрувати, підтримувати і переключати увагу); глобальний розлад пізнання (порушення сприйняття, ілюзії і галюцинації, в основному зорові; порушення абстрактного мислення і розуміння з маяченням чи без маячення; порушення пам'яті про нещодавні події з відносною збереженістю пам'яті на віддалені події; дезорієнтація в часі, а у важчих випадках — у місці й власній особистості; психомоторні розлади (гіпо- чи гіперактивність) і непередбачуваність переходу від одного стану до іншого; підвищений чи знижений потік мови; розлад ритму сну, сонливість вдень, погіршення сну в нічний час, неспокійні сни чи кошмари, які при пробудженні можуть продовжуватись як галюцинації; емоційні розлади, такі як депресія, тривога чи страхи; дратівливість, здивована розгубленість, ейфорія чи апатія.

**Депресивний епізод** характеризується зниженим настроєм, втраченою інтересів і задоволення, зниженням енергійності, що може призвести до підвищеної стомлюваності та зниженої активності, коли виражена втома виникає навіть під час незначного зусилля.



До інших симптомів, які характеризують депресивний стан, входять знижена здатність до зосередження й уваги; зниження самооцінки і поява почуття невпевненості в собі; ідеї винності й приниження; похмура і песимістична бачення майбутнього; ідеї чи дії із самоушкодження чи суїциду; порушений сон; знижений апетит. Знижений настрій мало коливається протягом дня і часто з відсутністю реакції на навколишні обставини, але може бути й характерне добове коливання. В окремих випадках тривога, розпач і рухова ажитація можуть бути виразнішими, ніж депресія, а зміни настрою замасковані додатковими симптомами: дратівливістю, надмірним вживанням алкоголю, істеричною поведінкою, загостренням попередніх фобічних чи нав'язливих симптомів, іпохондричними ідеями. Депресивні стани зазвичай тривають щонайменше два тижні, але діагноз може бути поставлений і за коротші періоди, якщо симптоми незвичайно важкі й настають швидко.

## *Розділ 7.* **ІНШІ РОЗЛАДИ ПСИХІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ**

### **7.1. Розлад зрілої особистості й поведінки у дорослих (психопатії)**

Розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих включають клінічно значущі стани чи поведінкові типи, які мають тенденцію до стійкості та є вираженням характеристик властивого індивідууму стилю життя і способу ставлення як до себе, так і до інших. Деякі з цих станів і типів поведінки з'являються рано у процесі індивідуального розвитку як результат впливу конституціональних факторів соціального досвіду, у той час як інші розлади зрілої особистості й поведінки здобуваються пізніше як наслідок перенесених психічних захворювань (шизофренії, епілепсії, органічного ураження головного мозку, хронічного алкоголізму, наркоманії тощо).

Розлади зрілої особистості й поведінки охоплюють глибоко укорінені моделі поведінки, що виявляються постійними і стійкими відповідними реакціями на широкий діапазон міжособистісних і соціальних ситуацій. Вони становлять або надмірні, або істотні відхилення від звичайного способу життя пересічного індивідуума з властивими йому в цій культурі особливостями сприйняття, мислення, відчуття і особливо формами міжособистісних відносин.

Кожний поведінковий стан у цій групі може бути класифікований відповідно до переважної, головної форми поведінкових проявів. Тому всі особистісні розлади поділяються на кластери характерних рис.

Особистісні розлади з'являються в дитинстві чи підлітковому віці і зберігаються в період зрілості. Тому діагноз особистісного розладу навряд чи адекватно ставити до досягнення особою 17 років.

Зміни особистості, на відміну від розладів зрілої особистості й поведінки, здобуваються переважно в дорослому житті внаслідок важких або тривалих стресових станів, екстремальних подій, глибоких психічних розладів і захворювань або травм головного мозку.

**Специфічний розлад особистості** — це важке порушення характерологічної конституції і поведінкових тенденцій індивідуума, що охоплюють кілька сфер особистості й майже завжди супроводжуються особистісною та соціальною дезінтеграцією.

До діагностичних критеріїв розладів особистості належать такі:

- помітна дисгармонія в особистісних позиціях і поведінці, що охоплює кілька сфер функціонування (афективність, збудливість, контроль спонукань, процеси сприйняття і мислення), а також стиль стосунків з іншими людьми;
- хронічний характер аномального стилю поведінки, який є всеосяжним і чітко порушує адаптацію в широкому діапазоні особистісних і соціальних ситуацій;
- вищезгадані прояви завжди виникають у дитинстві чи підлітковому віці й тривають у період зрілості;
- розлад особистості призводить до значного особистісного дистресу;
- часто, але не завжди розлад особистості супроводжується істотним погіршенням професійної і соціальної продуктивності.

Підставою для діагностики більшості наведених підтипів є наявність принаймні трьох з перелічених характерологічних ознак чи особливостей поведінки.

До прийняття Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду розлади особистості й поведінки у вітчизняній психіатрії називалися психопатіями.

У той час одні автори поділяли психопатії на форми за аналогією з великими психозами й розрізняли епілептоїдну, шизоїдну, циклоїдну та параноїдну їх форми; інші проводили паралелі між особистісними порушеннями і загальною конституцією людини — астенічні й пікнічні; треті поділяли психопатії за фізіологічною ознакою на збудливі й гальмівні типи; четверті поряд з конституціональними формами велику роль вбачали у формуванні аномальних типів поведінки — зовнішніх, мікросоціальних негативних впливів (асоціальні форми

поведінки батьків, їхня алкоголізація, рання втрата батьків, неповна родина, перебування у виправних колоніях підлітків тощо).

У таких випадках поняття психопатії замінювали терміном “соціопатія”.

Поширеність серед населення психопатичних особистостей залишається нині невідомою. До психіатричної служби найчастіше потрапляють лише важкі психопати чи психопатичні особистості у стані декомпенсації.

Про частоту аномалій характеру свідчить великий обсяг статистичних даних. Так, у ФРН вони становлять 0,7:1000 населення, у США — 3,1:1000; за іншими даними аномалії виявляються у діапазоні 5–15 % дорослого населення. Серед підекспертних, які піддаються судово-психіатричній експертизі, психопатичні особистості становлять 8–12 %. Значно частіше розлади особистості діагностуються в середовищі ув'язнених, і тому існує думка про підвищену криміногенність осіб з аномаліями особистості. Однак у цьому разі не враховуються особливості ситуації, в якій перебувають засуджені. Відомо, що психогенні фактори сприяють виявленню психопатичних ознак і аномалій поведінки. Тому ці показники не завжди правильно порівнювати з даними в загальній популяції населення.

Згідно з останніми класифікаціями найбільшою мірою серед населення поширені істеричні й збудливі розлади особистості, найменшою — параноїдні; інші форми розладів виявляються приблизно рівномірно.

**Емоційно нестійкий розлад особистості** (збудлива психопатія) вирізняється постійною емоційною напруженістю, дратівливістю аж до нападів люті.

Як правило, афективне реагування хворих не відповідає приводу й силі подразника. Такі особистості після афективних розрядів шкодують про те, що трапилося, проте згодом у відповідних обставинах знову стають збудливими і дратівливими. Їм властиві підвищена вимогливість до поведінки оточуючих, крайній егоїзм, себелюбність, уразливість і підозрілість. Ці люди схильні до конфліктів, властолюбні, уперті, причепливі до дрібниць, вимагають безапеляційного підпорядкування своїй думці, покірливості, не терплять заперечень. У них спостерігаються коливання настрою (дисфорії) полярного типу, що виникають спонтанно чи з незначного приводу. У такі періоди вони особливо розлючені й дратівливі, причепливі до оточуючих, створюють конфліктні ситуації, а потім бурхливо реагують на події, що відбува-

ються. Мислення збудливих особистостей тісно пов'язане з емоційним станом, коли вони всупереч логіці наполегливо обстоюють свою думку; у підлітковому віці вони часто тікають з дому, бродяжать. З огляду на особистісні особливості вони люблять грати в азартні ігри, зловживати алкогольними напоями і наркотичними засобами. На піку афекту такі особи стають або агресивними, або аутоагресивними, коли наносять самі собі ушкодження — найчастіше неглибокі порізи, переважно на грудях, животі, ліктьових згинах. Свою поведінку вони завжди пояснюють побутовими ситуаціями, у життєвих негараздах звинувачують оточуючих і збіг обставин. Така форма розладів особистості виявляється доволі рано (у пізньому дитячому і підлітковому віці); у похилому віці такі особистості стають скаредними, схильними до накопичення, у них з'являються риси святенництва, злопам'ятства, жорстокість, схильність до шукання правди.

**Істеричний розлад особистості** (психопатія істерична) характеризується егоцентризмом, прагненням здаватись у власних очах і серед оточення значною особистістю, що об'єктивно не відповідає реальності. Бажання привернути до себе увагу оточуючих виявляється у таких осіб у самодраматизації, театральності, демонстративності, позерстві. Вони постійно прагнуть бути в центрі уваги, емоційно жваві, здатні до наслідування різних форм поведінки, фантазування, псевдології. У відповідь на несприятливі ситуації виявляють бурхливі афективні реакції з риданнями, виразною жестикуляцією, “розігруванням” різних сцен, що часто закінчуються істеричними нападами, биттям посуду, погрозами самогубства. Однак суїцидальні спроби у них зустрічаються рідко і тільки тоді, коли хворі не здатні цілком оцінити реальну ситуацію. В окремих випадках прояви істеричних психопатій бувають складнішими і виявляються в істеричних паралічах, парезах, почутті ядухи (“грудка в горлі”), сліпоті, глухоті, розладах ходи (астазія-абазія). Усі зазначені порушення минають, виникають у психотравмуючих ситуаціях і зникають після їх завершення. Однак істеричні форми реагування на ситуацію згодом закріплюються і надалі виявляються у вигляді кліше, що й визначає особливості поведінки таких осіб. Істеричні психопатії виявляються доволі рано (у віці 4–6 років) і на ранніх етапах мають форму аномальної поведінки, що значною мірою визначається умовами виховання й оточення. Остаточне формування розладів особистості такого типу настає до 20 років. На цьому етапі відбувається стабілізація істеричних розладів, які виявляються у незрілості психіки, емоційній лабільності, перебільшеному вираженні своїх емо-

цій; підвищеній навіюваності і легкому впливові навколишніх обставин на їхні судження і вчинки; постійному прагненні до стану збудження, інтриганства; проявах неадекватної звабливості в зовнішньому вигляді й поведінці, надмірній заклопотаності своєю фізичною привабливістю; егоцентризмі, тобто у власних життєвих невдачах і неприємностях вони обвинувачують оточення і збіг обставин; легкому виникненні образи і постійному маніпулюванні поведінкою для задоволення власних потреб. Найвиразніше істеричні розлади виявляються в період статевого дозрівання й в інволюційному віці (період клімаксу).

Істеричну психопатію прийнято вважати жіночою патологією особистості. Однак дослідження засвідчують, що у чоловіків такі розлади особистості зустрічаються так само часто.

**Шизоїдний розлад особистості** (психопатія шизоїдна) характеризується замкнутістю, схильністю приховувати свої почуття, зовнішньою холодністю, відірваністю суджень від реальності. У таких осіб відсутні внутрішня єдність і послідовності психічної діяльності, натомість наявні примхливість і парадоксальність емоційного життя. Емоційна дисгармонія виявляється у поєднанні підвищеної чутливості до одних аспектів життя й емоційної холодності до інших. Шизоїд патологічно замкнутий, відчужений від людей, довірливих міжособистісних зв'язків, нечутливий до переважаючих соціальних норм і умов поведінки. Він живе у світі власних фантазій і уявлень про реальне життя, схильний до власних умовиводів і теоретичних суджень, його мало що може тішити. Зовні такі особи виглядають диваками, ексцентричними, зі слабкою відповідною реакцією як на похвальбу, так і на критику. Їхні емоційні реакції часто несподівані й зовні здаються неадекватними. Вони не здатні співпереживати чужому лиху й неприємностям і тому виглядають відчуженими й емоційно холодними, нездатними виявляти теплі й ніжні почуття до інших людей, так само як і гнів. Водночас хворі часто інтелектуально обдаровані, схильні до нестандартних умовиводів і логічних побудов, абстрактних і несподіваних висновків. Світ фантазій шизоїдів доволі багатий, відвернений від реального життя і повсякденних подій. Це світ мистецтва, парapsихології, космічних проблем. Про шизоїдні особистості іноді кажуть: "Це будинок із закритими ставнями і багатими бенкетами всередині".

Увага і вибіркова емоційна забарвленість шизоїдів спрямовані тільки на питання, які їх цікавлять, за межами яких вони розсіяні й не виявляють жодних інтересів. Навіюваність і легковір'я в них поєднують-

ся з упертістю й активністю щодо досягнення власної мети. Моторні функції шизоїдних особистостей бідні. Вони часто позбавлені елементарної побутової пристосованості до реалізації своїх потреб, водночас, вирізняються підвищеною активністю і цілеспрямованістю щодо обстоювання своїх цілей і висновків.

Залежно від емоційних форм реагування розрізняють шизоїдів сенситивних і холодних. Сенситивний шизоїд вразливий, недовірливий, чутливий, схильний заносити все, що відбувається в житті інших, на власний рахунок. Холодний шизоїд відлюдкуватий, живе у світі власних фантазій, позбавлений співпереживання, боязкий, нетовариський, схильний до формування надцінних ідей.

**Ананкастний, обсесивно-компульсивний розлад особистості** (астенічна і психастенічна психопатія) характеризується її невпевненістю в собі й своїх вчинках, схильністю до постійного самоаналізу і самоконтролю, підвищеною вразливістю, боязкістю і надмірною схильністю до сумнівів і обережності. Їхня невпевненість у собі часом набуває характеру нав'язливих сумнівів і підозр. Вони постійно перевіряють завершеність своїх дій, своєчасність виконаної ними роботи та її якість, чи зачинені двері й шафи, чи погасили вони газ і світло, чи не забули зробити те, що їм було доручено. Вони постійно відчують тривогу аби не спізнитися на роботу чи на зустріч. Особистості з ананкастним, обсесивно-компульсивним розладом (психастеніки) завжди і в усьому сумніваються, їм важко прийняти будь-яке рішення, але якщо воно прийнято, знову виникають тривожні побоювання в його правильності, а також у своїх можливостях виконати це рішення, тому вони постійно розмірковують про різні ситуації і при цьому завжди невдоволені собою. Цим особам притаманне постійне почуття тривоги через найменше соматичне неблагополуччя, що спричинює іпохондричні переживання з переоцінкою різних ознак розладу здоров'я. Водночас під час виконання будь-якої роботи психастенік надзвичайно ретельний, скрупульозний, обов'язковий і педантичний, постійно заклопотаний деталями, правилами, переліками, порядком, організацією роботи чи графіками, а постійне прагнення до досконалості часто є перешкодою до своєчасного розв'язання завдання. Такого самого він вимагає від близьких і співробітників, часто викликаючи їхнє негативне ставлення до себе. Підвищена педантичність, схильність до соціальних умовностей, ригідність і упертість, надмірна сумлінність, скрупульозність і неадекватна заклопотаність продуктивністю своєї діяльності шкодять їх міжособистісним відносинам і одержанню

задоволення. Разом з тим психастеніки часто виснажуються, і тому через постійні сумніви й нездатність до тривалого напруження, не завжди продуктивною виявляється їхня виробнича діяльність. Психастеніки погано почуваються в нових ситуаціях, коли у них ламаються стереотипи поведінки, що підсилює їхні нав'язливі сумніви, вразливість і розгубленість. У конфліктній ситуації такі особистості боязкі, сором'язливі, нерішучі. Однак за індивідуально психотравмуючих обставин у них можуть виявлятися афективні реакції з розлюченістю та агресивністю, що виглядає як дисонанс з основними особистісними формами поведінки.

**Параноїдний розлад особистості** (паранояльна психопатія) характеризується надмірною чутливістю до невдач і відмовлень; підозрілістю і загальною тенденцією до перекручування фактів шляхом неправильного тлумачення нейтральних чи дружніх дій інших людей як ворожих чи презирливих; тенденцією постійно бути незадоволеним кимсь, нездатністю вибачати образи, заподіяння шкоди; войовничо-педантичне ставлення до питань, пов'язаних з правами їх особистості; невинуваті підозри, які постійно відновлюються, щодо сексуальної вірності статевого партнера; тенденції до переживання своєї підвищеної значущості, що виявляється в постійному занесенні того, що відбувається, на власний рахунок. Основною ознакою параноїдних особистостей є схильність до створення надцінних ідей, які в подальшому впливають на їхню поведінку.

Надцінні ідеї на відміну від маячних тісно пов'язані з реальними подіями і більш конкретні за змістом.

**Дисоціальний розлад особистості** виявляється у грубій невідповідності між поведінкою і домінуючими соціальними нормами, характеризується байдужістю до почуттів інших осіб; грубою і стійкою позицією безвідповідальності й зневаги до соціальних правил й обов'язків; нездатністю підтримувати взаємовідносини за відсутності утруднень у їх становленні; вкрай низькою толерантністю до фрустрацій, а також низьким порогом розряду агресії, включаючи насильство; нездатністю відчувати почуття провини і застосовувати свій життєвий досвід, особливо пов'язаний з покаранням; вираженою схильністю до звинувачування оточуючих у своїх невдачах чи пристойного пояснення власної негативної поведінки, що постійно приводить суб'єкта до конфлікту із суспільством.

**Тривожний розлад особистості** характеризується постійним загальним почуттям напруженості й важких передчуттів; соціальною



нездатністю, особистісною непривабливістю і приниженістю стосовно інших; підвищеною заклопотаністю критикою на свою адресу чи несприйманням у різних соціальних ситуаціях; небажанням спілкуватися без гарантій симпатії; обмеженістю життєвого укладу через потребу в постійній фізичній безпеці; ухилянням від соціальної чи професійної діяльності, що може бути пов'язана зі значущими міжособистісними контактами через страх критицизму, несхвалення чи нехтування. Це створює у хворої особи підвищену тривожність, чутливість і вразливість.

**Залежний розлад особистості** характеризується активним чи пасивним перекладанням на інших прийняття більшості важливих рішень у своєму житті; підпорядкуванням власних потреб потребам інших осіб, від яких залежить пацієнт, і неадекватною піддатливістю їх бажанням; небажанням висувати потрібні вимоги до людей, від яких індивідуум залежить; почуттям незручності чи безпорадності на самоті через надмірний страх нездатності до самостійного життя; побоювання бути покинутим особою, з якою існує тісний зв'язок, і залишитися на самоті; обмеженою здатністю приймати повсякденні рішення без посилення порад і підбадьорення з боку інших осіб; сформованою уявою про себе як безпорадну, некомпетентну людину, яка не має волі й життєстійкості.

**Хронічні зміни особистості внаслідок перенесеної катастрофи.** Ця група включає розлади зрілої особистості й поведінки, що розвинулися в індивідуума без попереднього особистісного розладу в результаті катастрофічних чи надміру тривалих стресів. Зміни не повинні бути проявом психічного розладу чи залишковим симптомом попереднього психічного розладу. Хронічна зміна особистості може розвинутися після стресу від катастрофи. Стрес може виявитись таким важким, що немає необхідності враховувати індивідуальну вразливість для пояснення його глибокого впливу на особистість. Як приклади можна навести перебування в концентраційних таборах, катування, стихійні лиха, становище заручника, захоплення в полон з постійною тривогою за власне життя.

Хронічні зміни особистості виявляються в порушеннях у міжособистісному, соціальному і професійному функціонуванні у вигляді ворожого чи недовірливого ставлення до світу; соціальної відгородженості; відчутті спустошеності, безнадії, відчуженості, хронічного почуття хвилювання та існування на межі. Такі зміни з особистістю повинні тривати щонайменше два роки.

**Динаміка розладів особистості** принципово відрізняється від перебігу психічних захворювань, коли зміни клінічної картини визначаються стадіями і формами перебігу хвороби. При розладах особистості основними є чутливість особистості до зовнішніх стресових факторів, залежність проявів особистісних аномалій від вікових кризів. Тому періодами підвищеного ризику загострення і виразного прояву патологічних характерологічних особливостей є пубертатний і клімактеричний вік. У пубертатному віці виявляється і формується більшість форм аномалій особистості, в інволюційному (клімактеричному) віці спочатку загострюються особистісні риси, а після збільшення атеросклеротичних змін психіки їх приглушення.

У зрілому віці у деяких осіб завдяки механізмам адаптації виробляються вторинні особистісні риси, які можуть компенсувати порушення поведінки, і тоді настає відносна стабілізація розладів особистості.

У стресових ситуаціях у осіб з розладами особистості можуть виникати особливі форми реагування у вигляді психопатичних реакцій і станів декомпенсації рис характеру.

У клінічній картині декомпенсацій часто виявляються також психогенні розлади у вигляді слізливості, порушень сну, зниженого настрою чи ажитації, метушливості, зниження працездатності. Стани декомпенсації можуть мати різний ступінь виразності. У такі періоди, як правило, найвиразніше виявляються явища соціальної дезадаптації (часта зміна роботи, розпад родини, алкоголізація, серія конфліктів із з'ясуванням стосунків). Частота і виразність декомпенсацій визначають загальну динаміку й глибину патології, а також мають важливе значення при експертній оцінці стану особи з розладами особистості й поведінки.

**Судово-експертна оцінка розладів особистості.** Юридична практика і наукові дослідження останніх років свідчать про те, що більшість осіб з розладами особистості й поведінки вчиняють протиправні діяння, які за частотою і мотивацією збігаються зі злочинами осіб, які не виявляють аномалій особистості. Однак існує група психопатів, у яких особливості патологічної особистості виявляються в мотивації їхніх суспільно небезпечних дій. Такі особливості найчастіше виявляють збудливі психопати, схильні до афективних деліктів; істеричні особи чинять протиправні діяння у вигляді шахрайства, крадіжок та інших діянь, пов'язаних з прагненням до "красивого життя". Підвищену суспільну небезпеку становлять і параноїдні особистості,

які для привернення до себе уваги і реалізації власних паранояльних ідей, чинять убивства, замаху на убивства чи публічні акти самопалення.

Судово-психіатрична оцінка психопатій ґрунтується на загальних принципах, проте має і певні особливості. Переважна більшість осіб з таким діагнозом визнаються осудними (92–93 %), оскільки рівень їх особистісних розладів не виключає можливості усвідомлювати значення своїх дій і керувати ними. Ускладнення виникають при констатації глибоких психопатій з несприятливими формами динаміки. У цьому разі експертне рішення може бути не однозначним. З урахуванням переважного порушення вольових функцій у осіб з розладами особистості за наявності частих і тривалих станів декомпенсації та соціальної дезадаптації вони можуть бути визнані неосудними чи обмежено осудними як такі, що не можуть керувати своїми діями чи неповною мірою керувати діями.

Примусові заходи медичного характеру особам з розладами особистості, які визнані неосудними, призначаються на загальних принципах з урахуванням суспільно небезпечного діяння й особливостей їх психічного стану. Особи, які підпадають під дію ст. 20 (обмежена осудність) КК України, можуть направлятися як на примусове лікування, так і до місць позбавлення волі.

У місцях позбавлення волі у засуджених з розладами особистості часто виникають стани декомпенсації. У цьому разі вони направляються на лікування до психіатричних лікарень у місцях позбавлення волі з подальшим поверненням їх після одужання для відбування покарання.

У цивільному процесі особи з розладами особистості піддаються експертизі вкрай рідко. Такі особи, як правило, можуть правильно розуміти значення своїх дій і керувати ними і тому визнаються дієздатними.

## **7.2. Розлади звичок і потягів**

Розлади звичок і потягів характеризуються повторюваними вчинками без зрозумілої мотивації, що суперечить інтересам як власне особи, так і інших людей. Такі підекспертні розповідають, що їх поведінка викликана потягами, які вони не можуть контролювати.

**Патологічна схильність до азартних ігор.** Цей розлад полягає в частих повторних епізодах участі в азартних іграх, що домінують у житті

суб'єкта і призводять до зниження та знецінення соціальних, професійних, матеріальних і сімейних цінностей, коли не приділяється належної уваги обов'язкам у цих сферах. Пацієнти можуть ризикувати своєю роботою, робити великі борги і порушувати закон для того, щоб добути гроші чи ухилитися від виплати боргів. Вони відчують нездоланний потяг до азартних ігор, що піддається контролю з великими утрудненнями, їх захоплюють думки і яскраві уявлення про процес гри і обставини, що супроводжують цей процес. Ці уявлення і потяг до гри посилюються, якщо в житті людини з'являються чи посилюються стреси.

**Патологічні підпали (піроманія)** характеризуються множинними актами чи спробами підпалів різних об'єктів без очевидних мотивів, а також нав'язливими міркуваннями про предмети, що стосуються вогню і горіння. Може виявлятися аномальний інтерес до протипожежних машин і устаткування чи до інших предметів, які безпосередньо стосуються вогню і виклику пожежної команди.

До основних ознак піроманії належать повторні підпали без очевидних мотивів, таких як одержання грошей, помста чи політичний екстремізм; підвищений інтерес до вигляду вогню; почуття зростаючого напруження перед підпалом і сильного збудження одразу після підпалу.

Піроманічні акти виникають періодично на піку стану ажитації, єдиним мотивом яких є зачаровування вогнем чи розрядження внутрішнього напруженого стану. При цьому особи підпалюють випадкові об'єкти, а з місця пожежі не тікають. Піромани виявляють нездоланний потяг до вогню, відчуваючи від нього приємні відчуття, у них повністю відсутні почуття провини і правильної оцінки наслідків власних дій. Вид вогню і дії людей при гасінні пожежі викликають у них розрядження афективної напруги, яка в подальшому знову може з'явитися і спричинити прагнення до нових підпалів.

**Патологічні крадіжки (клептоманія)** виникають тоді, коли у особи з'являється патологічний потяг до крадіжки предметів, що не пов'язано з особистісною необхідністю в них чи з матеріальною вигодою. Від викрадених предметів особа може відмовлятися, викинути чи запасатися ними.

Дуже часто підекспертний описує почуття напруження, яке посилюється перед здійсненням крадіжки, почуття задоволення під час крадіжки чи одразу після неї. Крадіжки вчинюються поодиночі, без співучасників. Між епізодами крадіжок з магазинів чи з інших місць хворі можуть відчувати тривогу і почуття провини, але це не може попередити рецидиву.

Клептоманію необхідно відрізнити від повторних крадіжок у магазинах без явного психічного розладу, коли ці вчинки ретельно сплановані й наявна корислива мотивація, пов'язана з особистою вигодою; органічного психічного розладу, коли хворі періодично не платять за товари через погану пам'ять й інтелектуальне зниження; депресивного розладу, коли депресивні хворі чинять крадіжки, часом неодноразово, поки зберігається депресивний розлад.

Клептоманія в практиці судово-психіатричної експертизи спостерігається вкрай рідко серед осіб, які притягуються до кримінальної відповідальності за розкрадання і часто піддаються експертизі.

**Дромоманія** — це патологічна схильність до бродяжництва, коли без видимої причини особи залишають постійне місце проживання і безцільно переїжджають з одного міста до іншого чи бродять вулицями, жебракують. Такі особи, розповідаючи про свої “подорожі”, називають багато географічних місць, де вони побували, але при цьому не можуть описати мети мандрівок чи будь-яких визначних пам'яток відвідуваних місць. Вони відзначають у себе коливання настрою, коли на піку тривожно ажитованого афекту з'являється нездоланне бажання безпричинно йти з родини чи їхати будь-куди. У міру нормалізації настрою вони повертаються додому. Дромоманію слід відрізнити від зовні схожих станів, які спостерігаються в підлітковому віці й пов'язані зі складними стосунками в родині (пияцтво батьків, жорстокі методи покарання тощо). Такі підлітки, тікаючи з дому, живуть на горищах, у підвалах, іноді переїжджають з одного місця до іншого, потрапляють до антисоціальних груп підлітків чи дорослих. У подальшому вони можуть тікати з дому і за відсутності психотравмуючих ситуацій. Такі форми бродяжництва не розцінюються як дромоманія, тому що зумовлюються ситуацією і з часом можуть зникнути.

**Трихотиломанія** — це розлад, що характеризується помітною втраченою волосся у зв'язку з періодичною нездатністю протистояти потягу висмикувати волосся. Висмикуванню волосся зазвичай передують наростаюче напруження, а після висмикування відчувається почуття полегшення і задоволення.

#### *Розлади статевої ідентифікації (розлади потягів)*

**Транссексуалізм** — це бажання жити і бути прийнятим як особа протилежної статі, що поєднується з почуттям неадекватності чи дискомфорту від своєї анатомічної статі й бажанням змінити її, тобто отримати гормональне і хірургічне лікування з метою зробити своє тіло таким, яке відповідатиме параметрам вибраної статі.

Для діагностики такого розладу в особи має існувати стійка транссексуальна ідентифікація протягом принаймні двох років, що не повинно бути симптомом іншого психічного захворювання, такого як шизофренія, чи різних генетичних і хромосомних аномалій.

Транссексуали іноді живуть подвійним життям: на роботі й у суспільстві є особами однієї статі, а дома чи у вузькому колі знайомих намагаються продемонструвати себе особою протилежної статі.

При поглибленні розладу статевої ідентифікації окремі пацієнти наполягають на хірургічній операції зі зміни своєї статі. Такі операції здійснюються як в Україні, так і в багатьох інших країнах світу. Однак це можливо лише після висновків сексопатолога й ендокринолога, консультації психіатра, який повинен констатувати форму транссексуалізму і відсутність будь-яких інших психічних розладів. Після хірургічного втручання такому пацієнтові можуть бути видані документи, що засвідчують його як особу протилежної статі зі зміною відповідно й імені.

Особи з такими розладами статевої ідентифікації рідко вчиняють правопорушення.

**Трансвестизм подвійної ролі** означає носіння одягу протилежної статі, що стає частиною способу життя з метою одержання задоволення від тимчасового відчуття своєї приналежності до протилежної статі, але без бажання змінити стать. Перевдягання не супроводжується порушенням, що відрізняє цей розлад від фетишистського трансвестизму.

**Фетишизм** — це використання будь-якого предмету як стимулу для сексуального збудження і сексуального задоволення (одяг, взуття тощо), що досягається звичайним шляхом (наприклад, надягаючи на партнера особливий одяг). Фетиші можуть варіювати і мати різне значення для індивідуума. Фетишизм може бути встановлений лише тоді, коли фетиш є найзначнішим джерелом сексуальної стимуляції чи необхідним для задоволення сексуального потягу.

Фетишистські фантазії спостерігаються часто, але не вважаються розладом доти, поки не призводять до ритуальних дій, що стають нездоланими і перешкоджають здійсненню статевого акту, викликаючи в індивідуума страждання. Фетишизм притаманний здебільшого чоловікам.

**Фетишистський трансвестизм** — це вдягання одягу протилежної статі переважно для досягнення сексуального збудження і задоволення. Цей розлад необхідно диференціювати від простого фетишизму

на підставі того, що фетишистські предмети чи одяг не тільки вдягаються, а й використовуються так, щоб зробити зовнішність суб'єкта схожою на зовнішність протилежної статі. Найчастіше вдягається кілька предметів або повний комплект одягу, включаючи перуку і косметику. Фетишистський трансвестизм відрізняється від транссексуального чітким зв'язком із сексуальним порушенням і сильним бажанням зняти одяг після досягнення оргазму чи при зниженні сексуального збудження. Фетишистський трансвестизм можна вважати ранньою стадією формування транссексуалізму.

**Вуайєризм** — це періодична чи постійна потреба спостерігати за особами, які роздягаються чи займаються сексом. Ці спостереження викликають статеве збудження й мастурбацію і здійснюються потай від особи чи осіб, за якими спостерігають.

Крім названих існує багато інших видів розладів сексуальної переваги зокрема непристойні телефонні дзвінки; дотик до людей і тертя по них у багатолюдних місцях чи громадському транспорті задля сексуальної стимуляції (фроттеризм); сексуальні дії з тваринами (зоофілія); стиснення кровonosних судин чи удушення для посилення статевого збудження; віддавання переваги партнерам з анатомічними дефектами, наприклад з ампутованою кінцівкою.

Еротична практика так само є різноманітна, і багато її видів зустрічається дуже рідко, щоб використовувати спеціальний термін для визначення кожного з них. Такі вади, як ковтання сечі, замащення фекаліями, уколи шкіри чи сосків, можуть бути частиною поведінкового репертуару при садомазохізмі.

**Розлади сексуальної переваги (парафілії).** У психіатричній класифікації існує багато видів парафілії, однак судово-психіатричне значення мають кілька форм: педофілія — потяг до дітей; ексгібіціонізм — оголення власних статевих органів; геронтофілія — потяг до осіб літнього віку; некрофілія — полові акти з трупами; садомазохізм — заподіяння болю при статевому акті чи отримання статевого задоволення від болю.

**Ексгібіціонізм** — це періодична чи постійна схильність до демонстрації власних статевих органів незнайомим людям (особам протилежної статі) у громадських місцях, без пропозиції чи намірів до близького статевого контакту. Під час демонстрації спостерігається статеве збудження, яке часто супроводжується мастурбацією. Цей розлад сексуальної переваги може виявлятися тільки в періоди емоційного стресу чи особистісної кризи і тривалі періоди не виявлятися.

**Педофілія** — це статевий потяг до дітей препубертатного чи раннього пубертатного віку. Для одних педофілів цікаві тільки дівчатка, для інших — тільки хлопчики, треті цікавляться дітьми різної статі. Такі розбещені дії супроводжуються показом порнографії, роздяганням дітей, оглядом їхніх статевих органів, мастурбацією, іноді статевими актами як у звичайній, так і у збоченій формі. Особи, які виявляють ознаки педофілії, відвідують школи, дитячі майданчики, чекають дітей біля ліфтів, влаштовуються на роботу в дитячі установи, де легше знайти об'єкт для збочених потягів. Педофілія може поєднуватись із садизмом. У такому разі дітям заподіюють тілесні ушкодження, іноді тяжкі й несумісні з життям. Педофілію слід відрізнити від статевих актів з дітьми, які вчиняють особи з ознаками хронічного алкоголізму, що свідчить не так про розлади статевих потягів, як про ступінь алкогольної деградації особистості обвинувачуваного. Педофілія рідко спостерігається у жінок.

**Садомазохізм** — це сексуальна активність із заподіянням болю чи приниженням. Якщо індивідуум бажає сам піддаватись такій стимуляції, це називається мазохізмом; а якщо він бажає бути її джерелом — садизмом. Часто індивідуум одержує сексуальне задоволення як від садистичної, так і від мазохічної активності.

Діапазон садистичних актів доволі широкий — від докорів і образ до жорстокого побиття і нанесення тілесних ушкоджень аж до вбивства. Такі особи іноді одержують статеве задоволення, вступаючи у статеві акти з жертвою, яка перебуває у стані передсмертної агонії. Іноді оргазм настає лише від виду страждань партнера. Садистичні прояви часто виявляються з дитинства, коли діти зазнають насолодження від того, що страждають тварини, прагнуть побити їх, підвісити, підпалити, убити. Таку саму схильність вони можуть виявляти до друзів і однокласників. У подальшому жорстокість стає рисою їхнього характеру і виявляється у статевих стосунках з партнером. У судово-психіатричній практиці ці розлади зустрічаються частіше за інші види патологічних потягів. Можливо, це пов'язано з тим, що садوماзохісти вчиняють тяжкі правопорушення (катування жертви, убивства, знуцання над тілом загиблого) і тому стають об'єктом судово-психіатричної експертизи.

Як засвідчує практика, такі особи скоюють серійні вбивства, які іноді обчислюються десятками жертв. У звичайному житті садوماзохісти не виявляють ознак соціальної дезаптації, не створюють враження осіб з аномаліями психіки, тому такі злочини дуже важко розслідувати.



Іноді в однієї людини може спостерігатися кілька сексуальних збочень, без чіткої переваги будь-якого з них. Найчастіше поєднуються фетишизм, трансвестизм і садомазохізм.

**Геронтофілія** — це розлад сексуальної переваги, коли статеві акти відбуваються з літніми і старими людьми. Геронтофілія є порівняно рідкісним збоченням, що найчастіше супроводжується садистичними тенденціями чи жорстокими вбивствами.

**Некрофілія** — це статевий потяг до трупів. Спостерігається переважно у чоловіків і формується в осіб з глибокими формами психопатії чи у психічно хворих. Некрофілами часто є працівники моргів, цвинтарів. В експертній судово-психіатричній практиці некрофіли виявляються рідко й зазвичай притягаються до кримінальної відповідальності за хуліганство і знущання над трупами і могилами.

**Психологічні й поведінкові розлади, пов'язані із сексуальним розвитком і орієнтацією.** Сучасна сексопатологія і психіатрія до розладів статевої орієнтації зараховують чоловічий і жіночий гомосексуалізм (мужолозтво, лесбійство). Ставлення до цих форм сексуальних порушень у сексопатологів, психіатрів і законодавців не однозначне. Жіночий гомосексуалізм у світовому законодавстві ніколи не переслідується законом. В окремих країнах світу чоловічий гомосексуалізм вважається кримінально караним.

Чисті форми гомосексуалізму спостерігаються вкрай рідко. Найчастіше виявляються бісексуальні акти, коли особи в ситуації ізоляції вчиняють гомосексуальні статеві дії (тривалі плавання, виправні колонії, в'язниці тощо), а у звичайному житті мають нормальні статеві стосунки.

**Судово-психіатрична оцінка розладів потягів.** У судово-психіатричній практиці розлади звичок і потягів спостерігаються рідко. Водночас особи, які притягаються до кримінальної відповідальності за різні правопорушення, нерідко скаржаться на потяг до злодійства, підпалів, бродяжництва тощо. У цьому разі слід відокремлювати ці порушення потягів від помилкових. Останні мають характер зафіксованих антисоціальних звичок, способу життя, психологічних установок особистості. Судово-психіатрична оцінка осіб з наявністю таких форм поведінки спирається не на аналіз однотипних правопорушень, а на виявлення основної підстави, з якої вони виникають.

Якщо зазначені форми поведінки виникають у хворих на шизофренію, маніакально-депресивний психоз, органічне ураження го-

лового мозку, то вирішення експертних питань залежить від глибини і виразності психічних розладів, властивих основному захворюванню.

Розладам потягів властиві такі закономірності: повторюваність однотипних діянь без будь-якого матеріального інтересу, неприховування протиправного діяння, його патологічне мотивування, підпорядкованість дій характеру потягу.

Розлади потягів зазвичай не виявляються ізольовано, у пацієнтів спостерігається їх раннє формування і трансформація одних потягів в інші, а іноді виявляється кілька форм порушеного потягу. Тому кількарязові притягнення до кримінальної відповідальності за такі діяння, як підпали, статеві правопорушення, вбивства, повинні бути підставою для призначення судово-слідчими органами судово-психіатричної експертизи.

Особи, в яких у період судово-психіатричної експертизи не виявилося розладів потягів, а констатувалися лише ознаки психопатій і залишкові явища органічного ураження головного мозку, а отже, вони здатні усвідомлювати значення своїх дій і керувати ними, визнаються осудними.

Судово-психіатрична оцінка осіб, які страждають на розлади потягів, незалежно від їх змісту не однозначна. Якщо порушення потягів не досягають ступеня нездоланності за наявності часткового критичного ставлення до своїх діянь, боротьби мотивів перед правопорушенням чи які перебувають на стадії формування, доцільно застосувати ст. 20 КК України, що передбачає наявність такого психічного розладу, який позбавив особу можливості повною мірою усвідомлювати значення своїх дій або керувати ними. Застосування обмеженої осудності до осіб з порушенням потягів передбачає наявність у діяннях цих осіб мотивації правопорушення, що відповідає формі порушених потягів.

Якщо ж розлади потягів стають основною ознакою, поєднуються з особистістю, не піддаються корекції, порушена критична оцінка поведінки загалом, слід застосовувати статтю про неосудність.

Особам, які визнані обмежено осудними, можуть призначатись амбулаторні примусові заходи медичного характеру. Особам з розладами потягів, які визнані неосудними, внаслідок їх підвищеної соціальної небезпеки обов'язково призначаються примусові заходи медичного характеру в психіатричній лікарні із суворим наглядом.

### 7.3. Органічні зміни особистості й невротичні розлади

Такі психічні розлади згруповані разом на підставі того, що мають спільну чітку етіологію, яка полягає в захворюваннях мозку чи травмах та інших ушкодженнях, що спричиняють церебральну дисфункцію. Ця дисфункція може бути первинною як при деяких захворюваннях, травмах та інсультах, що уражають безпосередньо мозок, і вторинною як при системних захворюваннях і розладах, які уражають мозок тільки як один з багатьох органів чи систем організму. До розглядуваної групи входить також органічна патологія, що характеризується змінами особистості та психічними розладами, які спостерігаються на невротичному рівні й не відповідають критеріям хронічного психічного захворювання, слабоумства та тимчасового психічного розладу.

**Тривожний розлад органічної природи** характеризується основними ознаками генералізованого тривожного розладу, панічного розладу чи їх комбінації, що виникають як наслідок органічного ураження головного мозку.

**Органічний емоційно лабільний (астенічний) розлад** характеризується вираженою і постійною емоційною нестриманістю чи лабільністю, стомлюваністю та різноманітними неприємними фізичними відчуттями (наприклад, запамороченнями) і болями.

**Легкий когнітивний розлад** може передувати, супроводжувати чи наставати після інфекційних та органічних розладів як церебральних, так і системних (включаючи СНІД). Основна ознака — зниження когнітивної продуктивності (порушення пам'яті, утруднення в навчанні та зосередженні уваги).

**Органічний розлад особистості** характеризується значними змінами звичного способу поведінки. При цьому розладі особливо страждає вираження емоцій, потреб і потягів. Для достовірного діагнозу потрібно щонайменше дві з таких ознак: значно знижена здатність до цілеспрямованої діяльності, що потребує тривалого часу для досягнення успіху; змінена емоційна поведінка, що характеризується емоційною лабільністю, поверхневими, невиправданими веселощами (ейфорія, неадекватна жартівливість), які легко змінюються на дратівливість, короточасні напади злості, агресії, а в окремих випадках найяскравішою рисою може бути апатія; реалізація потреб і потягів може виникнути без урахування наслідків чи соціальних умовностей (хворий

може чинити антисоціальні акти, наприклад злодійство, виявляти неадекватні сексуальні домагання, ненажерливість чи не дотримуватися правил особистої гігієни); когнітивні порушення у формі підозрливості, параноїдних думок чи надмірна заклопотаність однією, абстрактною темою (наприклад, релігією, “що є правильним, а що неправильним”); виражені зміни в темпі мовної продукції, з ознаками випадкових асоціацій або розширене включення в тематику побічних асоціацій, в’язкість, пасивність; змінена сексуальна поведінка (гіпосексуальність чи зміна сексуальної переваги).

**Постенцефалітичний синдром** характеризується змінами психіки, що залишилися після видужання від вірусного чи бактеріального енцефаліту. До таких розладів належать загальне нездужання, апатія чи дратівливість, зниження когнітивного функціонування (утруднення в навчанні), порушення сну й апетиту, зміни в сексуальній сфері та соціальних судженнях. Іноді можуть виявлятися різні неврологічні дисфункції, зокрема паралічі, глухота, афазія, конструктивна апраксія, акалькулія.

**Посткомоційний (травматичний) синдром** виникає внаслідок травми голови (важкої, що спричинює втрату свідомості) і має такі симптоми, як головний біль, запаморочення, стомлюваність, дратівливість, утруднення в зосередженні й виконанні розумових завдань, порушення пам’яті, безсоння, зниження толерантності до стресу, емоційних навантажень чи алкоголю. Ці симптоми можуть супроводжуватися депресією чи тривогою через втрату почуття власної гідності й постійного страху щодо можливості ушкодження мозку. Такі почуття підсилюють основні симптоми, у результаті чого з’являється зачароване коло. Окремі хворі стають іпохондричними, націленими на виявлення у них якогось діагнозу і лікування від неіснуючих захворювань.

## 7.4. Афективні розлади настрою

Розлади, що входять до цієї групи, мають хронічний характер, але психопатологічні епізоди досить не глибокі, щоб можна було визначити їх як гіпоманію чи навіть легку депресію. Оскільки такі розлади тривають роками, а іноді протягом усього життя хворого, вони заповдіюють занепокоєння і можуть призвести до порушення продуктивності діяльності. До цих розладів належать циклотимія, гіпоманія, дистимія та рекурентний депресивний розлад.

**Циклотимія** — це стан хронічної нестабільності настрою з численними епізодами легкої депресії та легкого піднесення настрою. Ця нестабільність розвивається в молодому віці й набирає хронічного перебігу, хоча часом настрої може бути нормальним і стабільним упродовж багатьох місяців. Зміни настрою сприймаються людиною як такі, що не пов'язані з життєвими подіями. Поставити діагноз важко, якщо пацієнт не спостерігався психіатрами чи немає опису його поведінки в минулому. Оскільки зміни настрою відносно легкі, а періоди піднесеності не викликають неприємностей, циклотимія рідко виявляється лікарями-психіатрами. Основною ознакою під час встановлення діагнозу є постійна, хронічна нестабільність настрою з численними періодами легкої депресії та легкої піднесеності. Циклотимія може тривати упродовж усього дорослого життя або розвинутисть у важчий розлад настрою, відповідаючи опису біполярного афективного розладу.

**Гіпоманія** — це легкий ступінь манії, коли зміни настрою і поведінки надто тривалі й виражені, щоб можна було включити цей стан у циклотимію, але без маячення чи галюцинацій. Спостерігаються постійне легке піднесення настрою, підвищена енергійність і активність, почуття безпечності, фізичної і психічної продуктивності. Часто виявляються підвищена соціальність, багатомовність, надмірна фамільярність, підвищена сексуальна активність, знижена потреба у сні. Однак це не спричинює глибоких порушень у роботі хворих чи їх соціального відторгнення. Зосередженість і увага можуть бути розладнані, знижуючи в такий спосіб можливість працювати та відпочивати.

**Дистимія** — це хронічний депресивний настрої. Баланс між окремими епізодами легкої депресії і періодами нормального стану доволі варіабельні. У цих людей спостерігаються періоди (дні чи тижні), які вони самі розцінюють як добрі. Проте тривалі періоди (часто місяці) вони відчують утому, знижений настрої. Усе стає важким і ніщо не справляє їм приємності. Хворі на дистимію схильні до гнітючих думок, скаржаться на поганий сон, відчуття дискомфорту, проте загалом виконують основні вимоги повсякденного життя. До цієї групи входять хронічна тривожна депресія, депресивний невроз, депресивний розлад особистості.

**Рекурентний депресивний розлад** характеризується повторними епізодами депресії легкої чи помірного ступеня, що провокуються стресовою ситуацією. До цієї групи належать депресивні реакції, психогенна реактивна депресія невротичного рівня, сезонний депресивний розлад.

**Судово-психіатрична оцінка** хронічних афективних розладів на строю часто ускладнюється, оскільки судово-психіатричним експертам доводиться визначати ступінь наявних у хворого афективних (емоційних) розладів, під час яких хворі можуть укладати протизаконні угоди, робити розтрата, порушувати трудову дисципліну. У таких випадках потрібен ретельний аналіз об'єктивних даних про стан під-експертних при вчиненні правопорушення та про особливості перебігу захворювання загалом. Вирішення питання про осудність у цьому разі залежить від глибини розладів психічного стану, що спостерігались у хворого на різних циклотимічних фазах. Особи, які вчинили протиправні дії в гіпоманіакальному стані, на різних циклотимічних фазах і при дистимії часто визнаються осудними.

## **7.5. Невротичні соматоформні розлади, пов'язані зі стресом**

До цих розладів належать такі, виникнення яких пов'язане з тривалою психотравмуючою ситуацією, що супроводжується постійним психічним напруженням. У розвитку неврозів велике значення мають особливості особистості, а також низька межа фізіологічної витривалості особи в різних стресових ситуаціях.

**Тривожно-фобічні розлади** — це група розладів, коли тривога виникає в певних ситуаціях або через зовнішні об'єкти, які хворі вважають небезпечними. Такі ситуації хворі в характерний спосіб намагаються уникнути або переносять їх з почуттям страху. Фобічні тривоги різняться за інтенсивністю — від легкого дискомфорту до жахів. Стурбованість пацієнта може концентруватися на окремих симптомах, таких як серцебиття чи відчуття нудоти, які часто поєднуються зі страхом смерті, втрати самоконтролю чи можливості збожеволіти. Тривога не зменшується від усвідомлення того, що інші люди не вважають певну ситуацію небезпечною чи загрозовою. Лише уявлення про фобічну ситуацію заздалегідь викликає у хворих тривогу передбачення. Фобічна тривога часто поєднуються з депресією. Більшість фобічних розладів, крім соціальних фобій, спостерігається у жінок.

**Агорафобія** — це страх не тільки безмежних територій, а й таких, як наприклад, ситуацій потрапляння в юрбу і неможливість одразу повернутися в безпечне місце (додому). Таким чином, це сукупність взаємозалежних фобій, що частково збігаються, таких як страх виходити з дому, входити до магазину, в юрбу чи громадські місця, подо-

рожувати одному в потягах, автобусах чи літаках. Багато хворих жахаються від думки, що можуть впасти і перебувати в безпорадному стані в людному місці.

**Соціальні фобії** часто починаються в підлітковому віці й сконцентровані у страху потрапити в центр уваги з боку порівняно малих груп людей, що призводить до уникання хворими різних суспільних ситуацій. На відміну від інших, соціальні фобії однаково часто спостерігаються і у чоловіків, і у жінок. Вони можуть бути ізольовані (наприклад, обмежуватися тільки страхом їсти в людних місцях, публічних виступів чи зустрічей із протилежною статтю) чи дифузійні, що охоплюють майже всі соціальні ситуації поза сімейним колом. Соціальні фобії поєднуються із заниженою самооцінкою і острахом піддаватися критиці. Симптоми можуть прогресувати аж до панічних атак, що у крайніх проявах може призвести до майже повної соціальної ізоляції.

**Специфічні (ізольовані) фобії** обмежені твердо визначеними ситуаціями, такими як перебування поруч з певними тваринами, висота, гроза, темрява, іспити, польоти в літаках, замкнені території, сечовипускання чи дефекація у громадських туалетах, лікування у стоматолога, бачення крові чи ушкоджень і страх захворіти. Специфічні фобії з'являються в дитинстві чи молодому віці й можуть тривати десятиліттями через відсутність лікування. Зазвичай об'єктами фобій захворювань є променева хвороба, венеричні інфекції і віднедавна СНІД.

**Панічний розлад (епізодична пароксизмальна тривога і генералізований тривожний розлад).** Основною ознакою епізодичної пероксизмальної тривоги є повторні напади важкої тривоги (паніки), що не обмежується ситуацією чи обставинами, і тому цей розлад завжди виникає непередбачено. Як і при інших тривожних розладах у хворих на панічний розлад зненацька виникає серцебиття, болі у грудях, відчуття ядухи, запаморочення, почуття нерезальності (деперсоналізація чи дереалізація), майже неминуче відчуття страху смерті, втрати самоконтролю чи божевілля. Зазвичай панічні атаки тривають кілька хвилин; їх частота і перебіг доволі різняться. У період панічної атаки хворі часто відчують різко наростаючий страх і вегетативні симптоми, внаслідок яких вони квалливо залишають місце, де перебувають. Якщо таке трапляється у специфічній ситуації, наприклад в автобусі чи в юрбі, хворі можуть згодом уникати таких ситуацій. Панічна атака часто призводить до постійного страху повторення іншої атаки.

Основною ознакою генералізованого тривожного розладу є тривога, що має генералізований і стійкий характер. Як і при інших три-

возних розладах хворі часто скаржаться на почуття постійної нервозності, тремтіння, напруження м'язів, пітливості, серцебиття, запаморочення, дискомфорту у епігастральній області. Часто виникають страхи, ніби хворий чи його родичі незабаром занедужають або з ними станеться нещасний випадок чи інші різноманітні хвилювання й погані передчуття. Цей розлад характерніший для жінок. Основними ознаками генералізованого тривожного розладу є побоювання чи занепокоєння про майбутні невдачі, відчуття хвилювання, утруднення при зосередженні уваги; рухливе напруження, метушливість, головний біль, тремтіння, неможливість розслабитися; вегетативна гіперактивність (пітливість, тахікардія, епігастральний дискомфорт, запаморочення, сухість у роті тощо). В окремих випадках може виникати змішаний тривожно-депресивний розлад.

**Обсесивно-компульсивний розлад.** Основною ознакою цього виду розладу є повторювані обсесивні (нав'язливі) думки чи компульсивні (імпульсивні) дії. Обсесивні (нав'язливі) думки — це ідеї, образи чи потяги, що у стереотипній формі знову і знову спадають хворому на думку. Майже завжди це тяжкі думки (оскільки зазвичай мають агресивний чи непристойний зміст або сприймаються як безглузді й абсурдні), і хворий постійно намагається безуспішно опиратися їм. Проте вони сприймаються як власні думки, навіть якщо виникають мимовільно й мають нестерпний характер. Компульсивні (імпульсивні) дії чи ритуали — це часто повторювані стереотипні вчинки, що не справляють внутрішньої приємності і не сприяють розв'язанню внутрішньо корисних завдань. Такі дії полягають у запобіганні будь-яких об'єктивно малоймовірним подіям, що можуть заподіяти шкоду хворому. Обсесивні симптоми, особливо обсесивні думки, тісно взаємопов'язані з депресією. Обсесивно-компульсивні розлади однаковою мірою виявляються як у чоловіків, так і у жінок.

Основними ознаками обсесивно-компульсивного розладу є неприємні думки, що розцінюються хворими як власні думки чи імпульси; існування у хворих принаймні однієї думки чи дії, якої вони не можуть позбутися; хворим неприємна навіть думка про виконання нав'язливої дії; думки, образи чи імпульси безупинно неприємно повторюються.

Нав'язливі думки чи міркування (“розумова гумка”) можуть набирати форми ідей, психічних образів чи імпульсів до дій. Вони різняться за змістом, але майже завжди неприємні для суб'єкта. Наприклад, жінка повсякчас боїться, що може випадково не встояти перед



імпульсом убити рідну дитину; у матері, яка поховала дитину, раптом з'являється неприємно повторюване чуттєво-образне уявлення, що її дитину поховано живою. До непозбутніх думок належать також постійна уїдлива лічба, повторювання пісень, учепливі спогади забутих імен, формулювань, термінів, невідчепні мудрування, сумніви, постійна невпевненість у правильності й завершеності виконаних дій.

Непозбутні страхи (фобії) особливо різноманітні за змістом, характеризуються нездоланністю і попри безглуздість неможливістю опиратися їм. Іноді виникає нав'язливий безглуздий страх висоти, безмежних чи замкнених територій. У окремих хворих переважає непозбутній страх за стан свого серця (кардіофобія) чи страх занедужати на рак (канцерофобія).

Компульсивні дії (обсесивні ритуали) найчастіше виявляються в дотриманні чистоти (митті рук), безупинному контролі за запобіганням потенційно небезпечної ситуації чи за порядком і акуратністю. Компульсивні ритуальні дії можуть щодня тривати годинами і часто поєднуються з нерішучістю і повільністю. Невідчепні дії — рухи, вчиняються попри бажання хворих, незважаючи на всі докладені ними зусилля для їх стримання. Іноді первісні дії бувають цілеспрямованими (наприклад, покахикування як при ларингіті чи характерне витягування шії, коли заважає надто вузький комір). Інша група невідчепних рухів і дій має характер ритуалів. Ці дії у вигляді заклинань, які нібито спрямовані на запобігання уявному нещастю, мають захисний, охоронний характер. Попри критичне ставлення до них, вони вчиняються хворими всупереч розуму для подолання непозбутнього страху. У легких випадках у зв'язку з повною збереженістю критичного ставлення і усвідомлення хворобливого характеру цих явищ хворі можуть приховувати свої непозбутні думки і дії, не виключаючись із суспільного життя.

**Реакція на важкий стрес і порушення адаптації** відрізняється від інших розладів тим, що охоплює розлади, які виникли після винятково сильної стресової життєвої події чи значної зміни в житті, що спричинює тривале запобігання неприємним обставинам, у результаті чого розвивається розлад адаптації. Стресова подія чи тривалі неприємні обставини є первинними і основними причинними факторами, без впливу яких розлад не виник би.

Посттравматичний стресовий розлад виникає як відставлена і тяжка реакція на стресову подію чи ситуацію (короточасну або тривалу) виключно загрозливого чи катастрофічного характеру (наприклад,

природні чи штучні катастрофи, війна, глибокі нещасні випадки, спостереження за насильницькою смертю інших, роль жертви катувань, тероризму, зґвалтування чи іншого злочину). Типовими ознаками посттравматичного стресового розладу є епізоди повторного переживання травми у вигляді непомітних спогадів, снів чи кошмарів, що виникають на тлі хронічного почуття “заціпенілості” і емоційної приглушеності, відсторонення від оточення, відсутності реакції на довкілля, ангедонії і ухиляння від діяльності й ситуацій, що нагадують про травму. Іноді трапляються драматичні, гострі спалахи страху, паніки чи агресії, які провокуються стимулами, що викликають несподіваний спогад про травму чи про реакцію на неї. Наявність травми доповнюється повторюваними непомітними спогадами про подію, фантазіями і уявами.

Такий розлад виникає внаслідок травми після латентного періоду, що може тривати від кількох тижнів до місяців. Перебіг захворювання хвилеподібний, і найчастіше настає одужання. Іноді захворювання може мати хронічний перебіг протягом років, що призводить до зміни особистості.

**Розлад адаптації** виникає після сильного стресового впливу і характеризується порушеннями соціального функціонування та продуктивності адаптації до значних змін у житті. Стресовий фактор (втрата близьких, переживання розлучення, міграція, стан біженця) уражає інтегральність соціальної сфери хворого і широку систему соціальної підтримки та соціальних цінностей. Важливішу роль у ризику виникнення і формування проявів адаптаційних розладів відіграє індивідуальна схильність чи уразливість, але вважається, що стан не міг би виникнути без стресового фактора. Прояви різні й охоплюють депресивний настрій, тривогу, занепокоєння, почуття нездатності дати собі раду, планувати чи продовжувати залишатися в ситуації, а також деякий ступінь зниження продуктивності виконання щоденних справ. Індивідум може демонструвати схильність до драматичної поведінки і спалахів агресивності. Адаптаційні розлади виявляються протягом місяця після стресової події чи зміни життя, тривалість симптоматики зазвичай не перевищує шести місяців.

**Соматоформні розлади** — це повторюване виникнення фізичних симптомів поряд з постійними вимогами хворих проводити щодо них медичні обстеження всупереч негативним їх результатам, що підтверджують запевнення лікарів про відсутність фізичної підстави для симптоматики. Якщо фізичні розлади й виявляються, то не пояснюють

природи виразності симптоматики і заклопотаності хворого. Навіть коли виникнення і збереження симптоматики тісно пов'язані з неприємними життєвими подіями, труднощами чи конфліктами, хворі не бажають обговорювати можливості її психологічної зумовленості. При таких розладах часто спостерігається істерична поведінка, спрямована на привертання уваги лікарів до свого захворювання і необхідності продовження подальших оглядів і обстежень.

До соматоформних розладів належать соматизований та іпохондричний розлади, соматоформна вегетативна дисфункція, неврастенія, синдром деперсоналізації-дереалізації, а також хронічний соматоформний болючий розлад зі скаргами хворих на постійний, важкий і психічно гнітючий біль, що з'являється при емоційних конфліктах чи соціальних проблемах; відчуття клубка у горлі, що спричинює дисфагію; психогенна кривошия та інші розлади, що супроводжуються спазмовідними рухами; психогенна сверблячка, дисменорея і фригідність; скреготіння зубами.

**Соматизований розлад** характеризується наявністю множинних, і часто видозмінюваних і повторюваних соматичних симптомів, що тривало роками і які передували зверненню пацієнта до психіатра. Більшість з таких пацієнтів спочатку обстежувались спеціальною медичною службою, що давало негативні результати обстежень або пацієнти могли бути марно прооперовані. Симптоми соматизованого розладу можуть стосуватися будь-якої частини тіла чи системи, але найчастіше хворі скаржаться на шлунково-кишкові відчуття (біль, відрижка, блювота, нудота тощо) аномальні шкірні відчуття (сверблячка, печія, поколювання, оніміння тощо), сексуальні та менструальні скарги. Таким чином, соматизовані розлади мають характер “умовної бажаності”, тобто можуть зафіксуватися і повторно відтворюватися в суб'єктивно важких ситуаціях за механізмом “втечі у хворобу”.

Часто у хворих виявляється виразна депресія і тривога. Перебіг соматизованого розладу хронічний і часто поєднується з тривалим порушенням соціальної, міжособистісної і сімейної поведінки. Цей розлад найчастіше виявляється у жінок і зазвичай починається в молодому віці. Виявляється також залежність від лікарських препаратів (седативних чи знеболюючих) чи зловживання ними, що може бути наслідком частих медикаментозних курсів.

**Іпохондричний розлад** — це постійна заклопотаність можливістю захворіти важким і прогресуючим соматичним розладом. Хворі пос-

тійно виявляють заклопотаність своїм соматичним станом, звичайні відчуття і явища часто інтерпретують як аномальні, неприємні й ненормальні, причому увага фіксується на одному або двох органах чи системах організму. Хворі називають передбачуване соматичне захворювання чи дефект тіла, проте ступінь переконаності в наявності захворювання змінюється від консультації до консультації, причому пацієнт вважає ймовірнішим то одне захворювання, то інше. Часто хворі припускають, що крім основного захворювання мають і додаткове.

Багато хворих, особливо з легкими формами цього розладу, продовжують спостерігатися в межах первинної медичної допомоги чи непсихіатричних медичних служб. Ступінь порушення продуктивності різноманітний. Деякі хворі в результаті наявної в них симптоматики домінують у родині та маніпулюють нею, а також соціальними структурами, і лише невелика частка пацієнтів функціонують нормально.

Основними ознаками іпохондричного розладу є наявність постійних ідей про існування щонайменше одного важкого соматичного захворювання або фіксація на передбачуваному каліцтві, причому зазначена ідея зберігається, попри те, що не виявлено адекватного соматичного пояснення відповідним скаргам; постійна недовіра різним лікарям, які намагаються переконати пацієнта у відсутності соматичного захворювання, що зумовлює їхні симптоми.

**Соматоформна вегетативна дисфункція.** Найбільш часті та яскраві приклади стосуються серцево-судинної системи (“невроз серця”), дихальної (психогенна задишка і гикавка) і шлунково-кишкової (“невроз шлунка” і “нервовий пронос”). Симптоми бувають двох типів, жоден з яких не свідчить про фізичний розлад органа чи системи. Перший тип симптомів, на якому багато в чому ґрунтується діагностика, характеризується скаргами, які відбивають об’єктивні ознаки вегетативного порушення, зокрема серцебиття, потіння, червоніння і тремор. Другий тип характеризується суб’єктивнішими і неспецифічними симптомами, зокрема відчуттям скороминущих болів, печією, тяжкістю в різних органах, напруженям, відчуттям роздування чи розтягання.

**Неврастенія.** Розрізняють два основних типи неврастеній, які мають багато спільного. Основним симптомом першого типу є скарги пацієнтів на підвищену стомлюваність після розумової роботи, що часто виявляється у зниженні професійної продуктивності чи ефективності у повсякденних справах. Розумова стомлюваність описується хворими як неприємне втручання відволікаючих асоціацій чи слога-

дів, неможливість зосередитись, що призводить до непродуктивності мислення.

При іншому типі основними симптомами є фізична слабкість і виснаженість після мінімальних зусиль, що супроводжуються почуттям болю у м'язах і неможливістю розслабитися.

Для обох типів неврастенії характерні такі неприємні фізичні відчуття, як запаморочення, головний біль, почуття нестійкості, заклопотаність з приводу розумової і фізичної непевності, дратівливість, ангедонія (втрата почуття радості, насолоди), пригніченість і тривожність. Часто у таких хворих порушені початкові й проміжні фази сну, проте може виявитись і сонливість. До цієї групи входить також синдром стомлюваності.

Основними діагностичними ознаками неврастенії є постійні скарги на підвищену стомлюваність після розумової роботи чи скарги на слабкість у тілі й виснаження після мінімальних зусиль; відчуття болю у м'язах, запаморочення, головний біль, порушення сну, нездатність розслабитися, дратівливість, диспепсія; вегетативні чи депресивні симптоми.

Неврастенія найчастіше виникає в осіб з астенічною конституцією в умовах тривалої конфліктної ситуації, що спричинює постійне психічне напруження. У клінічній картині провідне місце належить астенічному синдрому, для якого характерне поєднання астенії з вегетативними розладами і порушеннями сну. Астенія характеризується явищами психічного і фізичного виснаження. Підвищена стомлюваність супроводжується постійним почуттям втоми, до яких приєднуються підвищена збудливість, нестриманість, виснаженість, дратівливість, підвищена чутливість до звичайних подразників — голосних звуків, шуму, яскравого світла, постійне почуття втоми, млявість, зниження активної уваги; неувважність погіршує здатність запам'ятовувати новий матеріал, знижує творчу активність та інтелектуальну продуктивність. Перебіг неврастенії залежить, з одного боку, від існування чи зникнення психотравмуючої ситуації, з іншого — від особливостей особистості й загального стану організму. За сприятливих умов симптоми неврастенії можуть повністю зникнути.

**Синдром деперсоналізації-дереалізації** виявляється у скаргах хворих на те, що їхня психічна активність, тіло і (чи) оточення якісно змінилися, здаються нереальними, віддаленими чи автоматичними. Хворий може відчувати, що більше сам не думає, не уявляє, не згадує; його рухи і поведінка немов би і не його; відчуття і дії відірвані від нього, вилучені, не його, чи втрачені; власне тіло здається безжитте-

вим чи аномальним; оточення безбарвне, штучне, схоже на сцену, де люди грають вигадані ролі. В окремих випадках пацієнт може бачити себе начебто з боку чи померлим. Найчастіше при таких синдромах хворі скаржаться на втрату емоцій. У цих хворих ясна свідомість і збережена критика до власного стану, тобто вони розуміють, що цей розлад є суб'єктивною і спонтанною зміною їхньої психіки, а не нав'язаний зовнішніми силами чи іншими людьми. Такий розлад в чистій чи ізольованій формі майже не виявляється. Найчастіше феномен деперсоналізації супроводжує депресивний, фобічний та obsесивно-компульсивний розлади. Елементи цього синдрому можуть з'являтися й у психічно здорових осіб при втомі, сенсорній депривації, галюциногенній інтоксикації чи як гіпногічний, гіпнопомпичний феномен. Синдром деперсоналізації-дереалізації феноменологічно близький до так званого передсмертного стану, що виникає у критичних і небезпечних для життя ситуаціях.

## **7.6. Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин**

Під психоактивною речовиною розуміється будь-яка хімічна речовина, при одноразовому вживанні якої може змінитися настрій, фізичний стан, самовідчуття і сприйняття довкілля, поведінка або з'являться інші бажані з погляду споживача, психофізіологічні ефекти, а при систематичному вживанні цієї речовини з'являється психічна і фізична залежність. Серед психоактивних речовин розрізняють допінги, наркотики та токсичні речовини.

Психоактивна речовина вважається наркотичною, якщо відповідає трьом критеріям: медичному, соціальному і юридичному. Тільки наявність усіх трьох критеріїв створює передумови у правовому аспекті для визнання психоактивної речовини наркотичною.

**Медичний критерій** передбачає, що речовина, ліки повинні справляти тільки специфічну дію на центральну нервову систему (стимулюючу, седативну, галюциногенну тощо), що було б причиною їх немедичного застосування.

**Соціальний критерій** припускає, що немедичне застосування психоактивних речовин набирає таких масштабів, що це стає соціально значущою проблемою.

**Юридичний критерій** потребує визнання відповідною інстанцією (Кабінетом Міністрів України за поданням МОЗ України) речовини наркотичною з подальшим внесенням її до переліку наркотичних засобів.

З огляду на викладене термін “наркоманія” потрібно вживати тільки при поєднанні трьох зазначених критеріїв. Зловживання речовинами, не визнаними законом наркотичними, називається токсикоманією. Такий розподіл зумовлюється насамперед правовими, а не медичними засадами. У процесі оцінювання клінічних проявів наркоманії та токсикоманії було доведено, що їх клінічна картина цілком збігається, формування залежності й наслідки вживання токсичних речовин виявились тяжчими, ніж від вживання наркотиків.

Таким чином, токсикоманічними речовинами визнаються засоби, які не зараховані до наркотичних чи психотропних, але є предметом зловживання і викликають хворобливі стани, зміни психіки та поведінки. Будь-яка токсикоманічна речовина у встановленому законом порядку може бути визнана наркотичною з подальшими юридичними наслідками.

Термін “психотропні речовини” так само вживається як з медичних, так і з юридичних позицій. Міжнародна конвенція про психотропні речовини 1971 р. визначила, що психотропними речовинами можуть бути тільки такі, що сприяють патологічному звиканню, виявляючи стимулюючу чи гальмівну дію на центральну нервову систему, викликаючи галюцинації, порушення моторної функції, мислення, поведінки, зміну настрою тощо. З огляду на це в медичній практиці доцільніше використовувати термін “психоактивні речовини”, до яких входить велика група засобів, що специфічно діють на центральну нервову систему.

До психоактивних речовин належать також стимулятори та допінги.

Важлива чітка правова класифікація фармакологічних препаратів, що вважаються стимуляторами, оскільки одна їх частина увійшла в Єдину конвенцію 1961 р., а інша — у Конвенцію 1971 р. Тому коли йдеться про стимулятори, необхідно уточнювати, до якої саме групи вони належать: до наркотичних засобів чи психотропних речовин, що перебувають під міжнародним контролем, або до перших двох груп, які відповідно не перебувають під міжнародним контролем. Такий поділ принципово важливий, тому що порушення порядку виробництва, використання, зберігання стимуляторів тягне за собою відповідні юридичні наслідки в рамках міжнародного і національного права.

Допінги — це стимулятори, які стали предметом зловживання спортсменами. Ця група постійно розширюється. Нині допінгами називаються стимулятори чи психоактивні препарати, наркотичні, пси-

хотропні, ендокринні та інші препарати, які штучно спричинюють підвищену працездатність і знімають відчуття втоми, штучно створюють сприятливий стан для досягнення спортивних результатів. Таким чином, як і наркотичні та психотропні препарати, поняття “допінг” стає більшою мірою правовим, ніж фармакологічним.

Згідно з Медичним кодексом Міжнародного олімпійського комітету допінг — це використання речовин, що належать до заборонених у спорті класів фармакологічних препаратів або застосування заборонених методів.

Розглянемо сучасну класифікацію допінгів.

### 1. *Заборонені класи фармакологічних препаратів.*

- А. Стимулятори — аміфеназол, амінептіл, кокаїн, фенкамфамін, пентілентетразол, салбутамол, амфетамін, кофеїн, ефедрин, мезокарб, піпрадол, тербуталін і схожі речовини.
- Б. Наркотичні препарати — декстраморамід, декстрапропаксіфен, діаморфін (героїн), метадон, морфін, пентазоцин, петідін і схожі речовини.
- В. Анаболічні препарати — анаболічні андрогенні стероїди: клостебол, метандієнон, нандролон, станозолон, флюоксиместерон, метенолон, оксандролон, тестостерон і схожі речовини; антагоністи β-адренорецепторів: кленбутерол, салбутамол, тербуталін, сальметерол, фенотерол і схожі речовини.
- Г. Діуретики — ацетазоламід, буметанід, хлорталідон, етакринова кислота, фуросемід, гідрохлоротіазан, манітол, мерсаліл, спіронолактон, триамтерен і схожі речовини.
- Д. Пептидні та глікопротеїнові гормони та їх аналоги — хоріонічний гонадотропін; еортикотропін; гормон росту; еритропоетин.

### 2. *Заборонені методи.*

- А. Кров'яний допінг — введення спортсмену крові, еритроцитів, плазми перед стартом.
- Б. Фармакологічні, хімічні та фізичні маніпуляції — речовини чи методи, які можуть повністю чи частково змінити цілісність і придатність зразка сечі для аналізу. До фізичних маніпуляцій належить застосування катетерів, заміна чи підробка сечі, затримка виділення сечі нирками.

### 3. *Класи речовин, які використовуються з деякими обмеженнями.*

Алкоголь, маріхуана, місцеві анестезуючі препарати, котикостероїди, β-адреноблокатори.



## *Фармакологія і фармакокінетика психоактивних речовин*

### *Алкоголь*

Всмоктування алкоголю відбувається переважно в тонкій та товстій кишках. У тонкій кишці спирт абсорбується цілком незалежно від наявності їжі. Максимальна концентрація алкоголю у крові спостерігається через 30–90 хв після приймання. Абсорбований етанол майже рівномірно розподіляється по всіх тканинах і рідинах організму. Такі негативні ефекти, як збільшення часу реакції, знижений моторний контроль і порушення критичних здібностей, з'являються тоді, коли концентрація алкоголю у крові досягає 2–3 г/л. Вміст спирту у крові можна розрахувати за його концентрацією в сечі (близько 130 % концентрації спирту у крові) і у видихуваному повітрі (близько 0,05 % концентрації у крові). Вимірювання концентрації алкоголю у видихуваному повітрі покладено в основу відомого тесту на алкоголь при наркологічних експертизах.

Алкоголь, який метаболізується здебільшого в печінці, на 90–98 % перетворюється на діоксид вуглецю і воду. Решта виділяється з потом, сечею, слиною і слюзями. Спирт метаболізується з відносно постійною швидкістю незалежною від його концентрації у крові. Два основних ферменти каталізують процес окислення алкоголю: алкогольдегідрогеназа (АДГ), що міститься переважно в печінці і шлунку, і альдегіддегідрогеназа (АлДГ), відносно рівномірно розподілена в організмі.

Стан скасування є одним із проявів синдрому залежності, для якого характерні такі ознаки: бажання вжити алкоголь; п'яніть; нудота чи блювота; тахікардія чи гіпертензія; психомоторні порушення; головний біль; безсоння; почуття нездужання або слабкості; транзиторні зорові, тактильні, слухові галюцинації чи ілюзії; судомні напади; тремор язика, повік, витягнутих рук; депресивні та дисфоричні порушення настрою.

### *Психосоматичні розлади при зловживанні алкоголем*

Хронічний стан тривоги, дисфорія, безсоння, втрата роботи, фінансові проблеми, прогули. Подагра, міопатія (особливо плечей), контрактура долонного апоневрозу. Гострий некроз кісткових м'язів (рабдоміоліз). Епілептичні напади, втрата свідомості, геморагічний інсульт, особливо у молодих, субдуральна гематома; головний біль: мігрень або хронічний невизначений головний біль; порушення сну: може спо-

стерігатись упродовж двох років після припинення вживання, енцефалопатія Верніке, синдром Корсакова, нейропатія: спочатку сенсорна, потім моторна; полінейропатія. Тромбоцитопенія: зниження до 30000 (50000) у 1 мкл; відновлюється через тиждень абстиненції.

Анемія: мікроцетарна (після залізодефіцитної анемії внаслідок гастроінтестинальної кровотечі), макроцитарна (після прямого впливу алкоголю і внаслідок дефіциту солей фолієвої кислоти або вітаміну  $B_{12}$ )

Активність ферментів: підвищена активність АЛАТ (аланінамінотрансфераза) і АСАТ (аспартатамінотрансфераза), відношення АСАТ:АЛАТ > 1,5–2,0; підвищена активність ГГТП (гама-глута-матранспептидаза) при хронічному зловживанні; підвищене відношення РТ:РТТ і знижена концентрація білка при печінковій недостатності; підвищена активність КФК при гострому некрозі кісткових м'язів; підвищене відношення амілаза: ліпаза при гострому панкреатиті; гіпер- або гіпоглікемія.

Збільшення маси тіла. Фолікуліт, рожеві вугри, себорейна екзема, псоріаз, порфірія, захворювання печінки, еритема долонь, павукоподібні гемангіоми.

Лицева еритема, набряк обличчя, привушна пухлина.

Гостре респіраторне захворювання, пневмонія (аспіраційна, постгрипозна), загострення астми.

Гіпертензія, аритмія (миготлива), ішемічна хвороба серця, кардіоміопатія.

Стравохід: рефлюкс, розрив сфінктера стравоходу.

Шлунок: гострий і хронічний гастрит, загострення пептичної виразки.

Підшлункова залоза: гострий і хронічний панкреатит.

Кишечник: діарея; тріщина прямої кишки; сверблячка.

Печінка: гострий гепатит, печінкова недостатність і цироз, асцит, рак печінки.

Спленомегалія, гіперспленізм, асцит.

Чоловіки: зниження лібідо, імпотенція, латентна еякуляція, атрофія яєчка.

Жінки: зниження лібідо, нерегулярні менструації, особливо при супутньому порушенні харчування.

### ***Oniamu***

Активні інгредієнти маку одержують при розкриванні насінної коробочки після того, як опали пелюстки квітки. Білий латекс повільно випливає, стає коричневим і застигає; 75 % маси смоли біологічно не-

активні й містять різні рослинні продукти. Матеріал, що залишився, становить суміш з 25 різних алкалоїдів, з найбільшою концентрацією морфіну.

Починаючи з 40-х років ХХ ст. було розроблено кілька синтетичних агоністів і антагоністів опіоїдів. У 1975 р. виникла нова галузь молекулярної фармакології — було ідентифіковано перший ендогенний опіоїд, який названо енкефаліном. Ці пентапептиди є агоністами опіатних рецепторів. Нині ідентифіковано 18 ендогенних пептидів з опіатоподібною активністю.

Сильні агоністи: морфін, меперидин, метадон, фентаніл, героїн.

Агоністи помірної дії: пропоксіфен, кодеїн.

Часткові агоністи: пентазоцін.

Антагоністи: налоксон, налтрексон.

Опіати вводять підшкірно, внутрішньом'язно і приймають усередину. Однак рівень вмісту опіатів у плазмі крові при прийманні всередину невисокий через інтенсивний метаболізм у печінці. Хоча опіоїди зв'язуються з білками плазми, вони швидко залишають кров і накопичуються в легенях, печінці, селезінці й нирках. Завдяки великій масі кісткові м'язи можуть бути резервуаром для опіоїдів. Гідрофобні властивості героїну і кодеїну уможливають їх проходження через гематоенцефалічний бар'єр набагато ефективніше, ніж морфін, що відповідно підсилює їх вплив на центральну нервову систему.

Гостра інтоксикація, що зумовлюється вживанням опіоїдів — апатія, психомоторна загальмованість, порушення уваги, міркувань, соціального функціонування, сонливість, невиразна мова, звуження зіниць (за винятком станів від важкого передозування, коли зіниці розширюються), пригнічення свідомості (наприклад, сопор, кома).

Ознаки стану скасування опіоїдів: сильне бажання прийняти опіоїди; ринорея чи чхання; слюзотеча; м'язові болі або судоми; абдомінальні судоми; нудота або блювота; діарея; розширення зіниць; утворення гусячої шкіри чи періодичний озноб; тахікардія або гіпертензія; позіхання; неспокійний сон; дисфорія.

#### *Психосоматичні розлади при зловживанні опіатами*

Біль, що не відповідає фізичним показникам, пошук лік, ейфорія, дисфорія, сонливість, ослаблена увага. Гіпертермія. Пітливість. Гіперпігментація по венах, абсцеси, фляки шкіри, жовтяниця. Міоз. Пригнічення подиху. Гіпертензія, тахікардія, ендокардит (особливо правого шлуночка). Нудота, порушення функцій печінки. Зниження лібідо;

нерегулярні менструації. Аналгезія, потьмарення свідомості, коматозний стан, периферична нейропатія, дизартрія. Підвищене відношення АсАТ: АлАТ, знижена концентрація глобуліну.

### *Канабіоїди*

**Маріхуана** — висушені, подрібнені квіти і листя певних видів коноплі. Її оп'яняючі властивості залежать від окремих природних компонентів смоли коноплі. Найпоширенішими компонентами є ізомери тетрагідроканабінолу (ТГК), канабінол і канабідіол. Концентрація ТГК визначає ступінь наркотичної дії рослини. До основних психоактивних компонентів маріхуани належать  $\Delta$ -тетрагідроканабінол, ефективність якого знижується за рахунок вмісту непсихоактивних канабіоїдів. У сигаретах, що містять 300–500 мг маріхуани, частка ТГК становить 0,5–11 %. Маріхуана дає стимулюючий, седативний і галюциногенний (у високих дозах) ефекти. Найвиразніші реакції виявляють центральна нервова і серцево-судинна системи.

Гострі ефекти включають дезорганізацію розумової діяльності, зміну сприйняття і порушення складних рухових функцій. При палінні маріхуани не виявлено ознак, що характеризують особистісні зміни, зумовлені незворотними порушеннями в нервовій системі.

Маріхуана має властивості релаксанту. Її застосування дає почуття безпечності або ейфорії. Цей ефект дозозалежний. Суб'єктивні ефекти, що настають дуже швидко — відчуття задоволення, вільний безтурботний стан релаксації і зміна чуттєвого сприйняття — можуть чергуватися з короткими періодами почуття тривоги з галюцинаціями, що вже були у наркомана; періодами деперсоналізації, втратою інтуїції, вираженими пізнавальними і психомоторними порушеннями. Дуже рідко при високих дозах вживання у наркомана виникає гострий токсичний психоз. Галюцинації і фантазії, пов'язані з високою дозою ТГК, можуть спричинити такі розлади: порушення відчуття пропорцій власного тіла, втрата індивідуальності, сенсорні та психічні ілюзії.

**Гашиш** — смола, яку отримують з тієї самої рослини (коноплі), що й маріхуану. Виготовляється у спресованій порошковій формі та має такі самі фармакологічні властивості, що й маріхуана. Вдихання диму є найпоширенішим способом вживання гашишу. Крім того, канабіс (коноплю) можна жувати, заварювати як чай, застосовувати як добавку до випічки. У людини ступінь усмоктування ТГК не однаковий і залежить від особливостей організму, шляху надходження та інтенсивності застосування.

Паління приводить до надходження приблизно 50 % ТГК у кровотік з досягненням піку в плазмі крові через 70 хв. Потім концентрація знижується протягом години, а суб'єктивні ефекти впливу зникають через 6 год. Максимальна концентрація ТГК у плазмі при внутрішньовенному введенні така сама, як і при інгаляційному надходженні. І навпаки, під час застосування всередину у кров надходить приблизно на половину менше ТГК, ніж під час паління, а ефекти з'являються через 30–120 хв після приймання. При цьому ТГК або проникає у клітини, або залишається зв'язаним з білками крові, або депонується в жировій клітковині, де він може бути виявлений через два-три тижні.

Поряд зі змінами настрою і здатністю до забування вживання маріхуани призводить до порушення координації рухів і когнітивних здібностей. Компенсація “вищих” порушень здійснюється за допомогою посилення психомоторної активності, особливо під час виконання складних моторних і пізнавальних функцій, таких як керування автомобілем, зосередження уваги, одержання й обробка інформації. Порушення цих функцій зберігається протягом 4–8 год, тобто набагато довше, ніж суб'єктивні ефекти препарату. Після інтоксикаційного періоду поновлюються спокій, ясність розуму, апетит і спокійний сон.

Гостра інтоксикація канабіноїдами виявляється у вигляді розладів сприйняття, ейфорії та розгальмування; тривоги або ажитації; підозрілості (параноїдне налаштування); почуття уповільнення часу і (або) переживання швидкого плину думок; порушення міркувань; порушення уваги; розладу швидкості реакцій; слухових, зорових чи тактильних ілюзій; галюцинацій зі збереженою орієнтацією; деперсоналізації; дереалізації; порушення особистісного функціонування, посилення апетиту; сухості в роті; ін'єкування склер; тахікардії.

Загальний вплив канабіноїдів на організм: релаксація/ейфорія, розширення зіниць, гіперемія кон'юнктиви, сухість слизуватих оболонок, сухість у роті і горлі, підвищений апетит, риніт/фарингіт.

Нервова система: порушення складних рухових функцій, невиразна мова.

Серцево-судинна система: синусова тахікардія, підвищений систолічний тиск у стані лежання, знижений систолічний тиск у стані стояння.

Психічна сфера: рецидиви галюцинацій, деперсоналізація, почуття тривоги, розгубленості, ілюзії, втрата інтуїції, порушення когнітивних здібностей; змінене сприйняття.

Стан скасування канабіноїдів — це погано описаний клініцистами синдром, певні діагностичні критерії якого поки що неможливо встано-

вити. Він виникає після припинення тривалого вживання канабіса у високих дозах. До симптомів цього стану належать астенія, апатія, гіпобулія, зниження настрою, тривога, дратівливість, тремор і болі у м'язах.

#### *Віддалені наслідки застосування канабіноїдів*

Загальний вплив на організм: хронічні астенія і сонливість, нудота і блювота, головні болі, дратівливість, змінена мова, набряк язичка м'якого піднебіння.

Дихальна система: сухий непродуктивний кашель, хронічний фарингіт, закладення носа, ускладнення перебігу астми, часті інфекції верхніх дихальних шляхів, хронічний бронхіт, рак та обструктивні захворювання легень.

Нервова система: порушення координації м'язів, збільшення часу реакцій та ослаблення реакцій очей, порушення глибини зору і хроматичного сприйняття.

Репродуктивна система: безплідність, відсутність менструацій, порушення розвитку плоду, імпотенція, зниження лібідо.

Психічна сфера: емоційні розлади (депресія, почуття тривоги, афективна лабільність), напади паніки, особистісні зміни, суїцидальні спроби, погіршення короткочасної пам'яті, порушення абстрактного мислення, деменція, маячення.

Соціальні наслідки: соціальна самоізоляція, зміна поглядів на власну роль у суспільстві, звуження кола інтересів, відсутність захоплень, припинення соціально корисної діяльності.

#### *Седативні та снодійні речовини*

Седативні та снодійні засоби є депресантами центральної нервової системи, що мають антифобічні заспокійливі властивості в низьких дозах і седативно-снодійний ефект у вищих дозах. Застосування цих фармакологічних засобів розпочалось у 50-х роках XIX ст. з введення в лікувальну практику броміду. З появою в 1903 р. одного з перших барбітуратів — барбіталу клінічний та комерційний успіх цього препарату стимулював створення понад двох тисяч видів барбітуратів. Упровадження хлордіазепоксиду (лібриум) у 1961 р. стало початком широкого використання бензодіазепинів завдяки їх перевагам над барбітуратами, для яких характерні менша кількість побічних ефектів, пов'язаних із впливом на центральну нервову систему та пригніченням дихання; відмінність у дозах приймання препарату для досягнення анксиолітичного і заспокійливого ефектів; низький потенціал розвитку толерантності та залежності; знижена ймовірність зло-

вживання. Усі зазначені переваги врешті-решт сприяли швидкому поширенню бензодіазепинів у медичній практиці. Водночас важливо пам'ятати, що недолік препаратів цього класу полягає в можливості звикання до постійного вживання (пристрасті) і формування залежності, що обмежує їх широке використання.

Гостра інтоксикація, що зумовлюється вживанням седативних або снодійних засобів, виявляється в ейфорії і розгальмуванні; апатії та седації; брутальності або агресивності; лабільності настрою; порушенні уваги; антероградній амнезії; порушенні соціального функціонування; хиткості ходи; порушенні статики і координації рухів; невиразній мові; ністагму; пригніченні свідомості (наприклад, сопор, кома).

Стан відміни седативних чи гіпнотичних засобів характеризується такими ознаками: тремором язика, повік, витягнутих рук; нудотою чи блювотою; тахікардією; постуральною гіпотензією; психомоторним порушенням; головним болем; безсонням; почуттям нездужання або слабкості; транзиторними зоровими, тактильними, слуховими галюцинаціями чи ілюзіями; параноїдним настроєм; важкими судомними нападами; дисфорією; бажанням вжити снодійний чи седативний препарат.

#### *Психосоматичні розлади при зловживанні седативними/снодійними препаратами*

Розгальмування, зміна настрою, погіршення уваги, безсоння, почуття тривоги, амнезія. Пітливість. Пригнічення подиху. Гіпотензія, тахікардія. Нудота. Гострий некроз кісткових м'язів (рабдоміоліз). Дизартрія, атаксія, гіперрефлексія, тремор.

#### **Кокаїн**

Кокаїн існує у вигляді кокаїну гідрохлориду (кокаїн-HCL) і одержуваної з нього методом лужної екстракції кокаїн-основи.

**Кокаїн-HCL** має злегка гіркий смак і краще, ніж кокаїн-основа розчиняється у воді. Різні домішки зазвичай забруднюють порошок кокаїну-HCL. Сахари (манітол, лактоза) підвищують кінцеву масу продукту. Дешеві стимулятори (кофеїн, амфетамін) або місцеві анестетики (лідокаїн, прокаїн) додають для одержання ефекту “заморожування” або оніміння, що багато хто з покупців помилково сприймає як дію “чистого” кокаїну. Кокаїн, що купується незаконно, може містити менше 10 % чистого препарату, а інші 90 % становити речовини, здатні збільшувати токсичність субстанції.

**Кокаїн-основа** — це кристали без запаху та кольору або білий, гіркий на смак кристалічний порошок. Кокаїн стійкий при температурі сублімації, що уможливило його паління. Кокаїн-основа може бути виготовлена з кокаїну-НСL при змішуванні його з водою і бікарбонатом натрію (харчова сода) з подальшим нагріванням суміші до випарювання води. При цьому утворюються кристали алкалоїду кокаїну. У сучасних умовах удосконалення процедури екстракції, тобто без використання летких хімікатів (ефіру), спричинилося до підвищення популярності й досяжності креку.

**Крек** — це сленгова назва кокаїну-основи, що використовується для паління. Слово “крек” за звучанням нагадує клацання, що з’являється у процесі нагрівання кристалів. Хоча при екстракції кокаїн втрачає гідрохлорид, більшість природних домішок і супутніх процесу екстракції речовин залишаються. Іншими словами, крек не є “чистим” кокаїном.

Кокаїн гідрохлорид зазвичай вводиться внутрішньовенно або вдихається носом. При вдиханні наркотику пік його концентрації у плазмі крові досягається через 30 хв. Цей шлях призводить до вазоконстрикції слизуватої оболонки носа, що знижує ефективність усмоктування препарату на 40 %. При внутрішньовенному застосуванні дія кокаїну починається швидко, не пізніше ніж через 2 хв після ін’єкції. Період напіввиведення препарату — 40–60 хв.

Кокаїн-основа переважно викурюється в сигаретах з тютюном або з маріхуаною, у спеціальних скляних трубках — “водяниках” (трубка з водяним затвором). Іноді використовують підручні засоби — кулькові ручки, вставлені у стінку пластмасової пляшки.

Крек-кокаїн має швидко дію без внутрішньовенного введення препарату. При палінні та внутрішньовенному введенні спостерігаються фактично однакові пікові ефекти і розподіл у плазмі крові. Максимальна концентрація препарату у крові досягається швидко, але ефект відносно короткий. Ейфорія при палінні кокаїну розвивається протягом 8–10 с, при внутрішньовенному введенні — 30–45 с. Дія кокаїну звичайно триває щонайбільше 20 хв. Тривалість ефекту при інтраназальному введенні препарату — 1–1,5 год внаслідок збільшення періоду всмоктування препарату.

Вживання кокаїну всередину — це інший шлях його введення, особливо поширений серед наркоманів. Для перорального вживання характерне тривале всмоктування препарату (30–60 хв) і невисока біодосяжність (30–40 %). До 60–70 % прийнятого кокаїну виводиться при первинному метаболізмі в печінці.



Споживачі кокаїну часто зловживають й іншими наркотичними речовинами (алкоголем, бензодіазепінами та опіатами), які використовують переважно для зниження збудження, що може супроводжувати стан кокаїнового сп'яніння (“для пом'якшення сп'яніння”), а також для подолання “кокаїнової депресії”, що виникає після споживання кокаїну.

“Спідболінг” — одночасне введення двох (рідше кількох) наркотиків — прояв поширеної практики ін'єкції кокаїну разом з героїном для одержання стимулюючих ефектів кокаїну в поєднанні з більш седативними, релаксуючими ефектами героїну і для захисту від депресії, що часто розвивається після споживання кокаїну. Одночасне використання цих двох наркотиків значно небезпечніше, ніж одного кокаїну, тому що кокаїн підсилює пригнічуючу дію опіатів на дихання.

Холінестерази печінки і плазми метаболізують 90–95 % кокаїну у водорозчинні метаболіти, що виділяються із сечею. Метилловий ефір екгонину і бензоілеконин — основні метаболіти; у невеликій кількості в сечі містяться норкокаїн, екгонин і гідроксилізовані продукти. Приблизно 5–10 % речовини виводиться нирками в незміненому вигляді.

Гостра інтоксикація, що зумовлюється вживанням кокаїну, кофеїну та інших стимуляторів, виявляється в ейфорії і відчутті припливу енергії; безсонні; переоцінці власної особистості; брутальності або агресивності; схильності до суперечок; лабільності настрою; стереотипних дій; слухових, зорових або тактильних ілюзій; галюцинацій, зазвичай зі збереженням орієнтації; параноїдному настрою; тахікардії (іноді брадикардії); серцевій аритмії; гіпертензії (іноді гіпотензії); пильності й ознобі; нудоті чи блювоті; розширенні зіниць; психомоторному порушенні (іноді загальмованості); м'язовій слабкості; болю у грудях; судамах.

Стан скасування кокаїну та інших стимуляторів, включаючи кофеїн, характеризується порушенням настрою, сумом, ангедонією, апатією і астеною; психомоторною загальмованістю; нездоланим бажанням вжити кокаїн; підвищеним апетитом; безсонням чи гіперсомнією; незвичайними чи неприємними сновидіннями.

Для стану скасування галюциногенів і летких розчинників нині не встановлено певних діагностичні критеріїв.

### *Психосоматичні розлади при зловживанні кокаїном*

Такі самі, як при зловживанні седативними і снодійними речовинами: розгальмування, нестійкість настрою, погіршення уваги, без-

соння, почуття тривоги, амнезія. Пітливість, пригнічення подиху, гіпотензія, тахікардія, нудота, гострий некроз кісткових м'язів (раб-доміоліз). Дизартрія, атаксія, гіперрефлексія, тремор.

### *Стимулятори*

Амфетаміни повністю всмоктуються у шлунково-кишковому тракті й розподіляються в усіх середовищах організму. При внутрішньовенному введенні амфетаміни досягають головного мозку за секунди; при вдихуванні пари речовини спочатку конденсуються в легенях, а потім швидко всмоктуються у кров.

У печінці амфетаміни метаболізуються до активних похідних ефедрину та неактивних форм. Періоди напіввиведення амфетаміну і метамфетаміну — відповідно 8 і 12 год. Кількаразове введення амфетамінів протягом кількох днів називається “швидкісними бігами”; це підтримує підвищену концентрацію препарату і його активних метаболітів у сироватці крові й пролонгує ефекти. Врешті-решт метаболіти виводяться із сечею і можуть бути виявлені за допомогою токсикологічних досліджень.

Стан хворих після відміни стимуляторів такий самий, як при зловживанні кокаїну і кофеїну. Має місце порушений настрій, сум, ангедонія, апатія і астенія; психомоторна загальмованість; сильне бажання прийняти кокаїн; підвищений апетит; безсоння чи гіперсомнія; незвичайні чи неприємні сновидіння.

### *Психосоматичні розлади при зловживанні стимуляторами*

Ейфорія, підвищена зарозумілість, пихатість, підозрілість, сторожкість, недовірливість, почуття тривоги, параноя, делірій, галюцинації, маячення, гіперактивність, епілептичні напади. Гіпертермія, підвищена пітливість, слъзозовиділення, шум у вухах, діплопія, неприємний запах з рота, носові кровотечі. Тахікардія, гіпертензія, аритмія, біль у животі, нудота, блювота, гепатит.

### *Галюциногени*

Цю групу становлять наступні речовини: діетиламід лізергіпової кислоти (ЛСД); мескалін (нейотль); зерна іпомеї; мускатний горіх; псилоцибін; ерготамін та ін.

Препарат ЛСД і споріднені з ним найчастіше приймають *per os*, їх рідко курять або вводять ін'єкційно. Звичайну дозу — ЛСД 100–300 мг, як правило, проковтують у вигляді пігулок або всмоктують через сли-

зуваті оболонки рота з просякненого препаратом промокального паперу. Однак приймання навіть низької дози препарату — 20 мг — може призвести до значних ефектів у сприйнятливих людей. Псилоцибін і мескалін вважаються не такими сильними галюциногенами, як ЛСД, хоча їх клінічні ефекти майже не відрізняються від дії ЛСД. Псилоцибін і споріднені з ним препарати (псилоцин) містяться в різних галюциногенних грибах, звичайна їх доза — 250 мг/кг. Мескалін, який одержують з мексиканського кактуса *Lophophora*, зазвичай застосовується в дозах 5–6 мг/кг і частіше, ніж споріднені сполуки, викликає блювоту. Препарат застосовується у вигляді “мескальних бутонів” — висушених на сонці шматочків кактуса.

Препарат МДМА “екстазі” розроблений як прототипний препарат для зниження апетиту і спричинює як галюциногенні, так і амфетамін-подібні ефекти. Токсичні ефекти, зокрема спотворення сприйняття, погіршення уваги, порушення акомодатції, поліопія (сприйняття кількох образів одого предмета), дисмегалопсія і важка гіпертензія, виявляються при прийманні дози понад 100 мг. Молоді люди вживають МДМА на танцювальних вечірках, що тривають до ранку. Гостра інтоксикація, що зумовлюється вживанням галюциногенів, виявляється у тривозі й боязкості; слухових, зорових або тактильних ілюзій і (або) галюцинаціях, що виникають у стані сп’яніння; деперсоналізації; дереалізації; параноїдному настрої; ідеях відношення; лабільності настрою; імпульсивних вчинках; гіперактивності; порушенні уваги; тахікардії; серцебитті; пітливості й ознобі; треморі; нечіткості зору; розширенні зіниць; порушенні координації. Для стану скасування галюциногенів нині не встановлено певних діагностичних критеріїв.

#### *Психосоматичні розлади при зловживанні галюциногенами*

Кардіогенний шок; пригнічення подиху. Гостра інтоксикація, що зумовлюється вживанням летких розчинників, характеризується апатією і летаргією; підвищеною схильністю до суперечок; брутальністю або агресивністю; лабільністю настрою; порушенням міркувань, уваги і пам’яті; психомоторною загальмованістю; хиткістю ходи; порушенням статичної і координації рухів; невиразною мовою; ністагмом; пригніченням свідомості (наприклад, сопор, кома), м’язовою слабкістю; нечіткістю зору або диплопією (зородвоїнням). Для стану скасування летких розчинників нині не встановлено певних діагностичних критеріїв.

### *Психосоматичні розлади при зловживанні леткими розчинниками*

Органічне ураження головного мозку, гостра психопатична реакція, ейфорія, розгальмування; дерматит, хімічні та термічні опіки, набряк обличчя (“місяцеподібне” обличчя), облісіння, низький голос; аритмія, порушення функцій печінки, жовтяниці, гіпертрофія клітора, аменорея, дисменорея, атрофія яєчників, гострий некроз кісткових м’язів.

**Для початкової стадії залежності від психоактивних речовин (ПАР) характерні такі діагностичні критерії:**

- тривале вживання речовини всупереч виразним ознакам шкідливих наслідків, про що свідчить хронічне вживання речовини при фактичному або передбачуваному розумінні природи і ступеня шкоди;
- підвищення толерантності до ефектів психоактивної речовини, що полягає в необхідності значного підвищення дози для досягнення інтоксикації або бажаних ефектів або в тому, що хронічне приймання однакової дози речовини спричинює очевидне ослаблення ефекту;
- знижена здатність контролювати приймання речовини (його початок, закінчення чи дозу), про що свідчить її вживання у великих кількостях і довше, ніж прогнозувалося; безуспішні спроби або постійне бажання скоротити чи контролювати вживання речовини.

Середня стадія залежності від ПАР характеризується поєднанням фізіологічних, поведінкових і когнітивних явищ, коли вживання речовини або класу речовин починає переважати в системі цінностей індивідуума. Основною характеристикою синдрому залежності є потреба (часто нездоланна) вжити ПАР. Повернення до вживання ПАР після періоду утримання призводить до швидкої появи ознак цього синдрому, ніж у осіб, які раніше не мали синдрому залежності.

Звуження репертуару вживання речовини також вважається характерною ознакою синдрому залежності (наприклад, тенденція вживати алкоголь і в робочі, і у вихідні дні попри соціальні стримуючі фактори). Істотною характеристикою синдрому залежності полягає й у вживанні певного виду речовини або нездоланне бажання вживати її. Суб’єктивне усвідомлення потягу до ПАР найчастіше виявляється при спробах припинити або обмежити їх вживання. Така діагностична вимога виключає, наприклад, хірургічних пацієнтів, яким призначаються препарати опію з метою знеболювання і які можуть виявляти ознаки синдрому скасування в разі припинення приймання

опіатів, однак бажання продовжити приймання наркотику не мають. Синдром залежності може виявлятися стосовно певної речовини (наприклад, тютюну чи діазепаму), класу речовин (наприклад, опіїдних наркотиків) чи до більш широкого спектру різноманітних речовин (наявність у окремих осіб потреби регулярно вживати будь-які досяжні наркотики з появою занепокоєння і (або) фізичних ознак синдрому скасування при утримуванні від вживання).

Зауважимо, що залежність внаслідок зловживання ПАР, які офіційно вважаються наркотичними засобами, оцінюється як наркоманія. В інших випадках (крім залежності від алкоголю) залежність оцінюється як токсикоманія.

Діагностичні критерії стану залежності полягають у тому, що у хворого впродовж року періодично повторюються певні симптоми:

- нездоланне бажання вжити речовину;
- з'являється стан скасування, або абстинентний синдром (у разі зменшення дози приймання речовини, припинення вживання або вживання тієї самої чи подібної речовини з метою полегшення або попередження симптомів скасування);
- зосередження на вживанні речовини, тобто коли задля приймання речовини людина цілком або частково відмовляється від інших важливих альтернативних форм насолоди й інтересів, або якщо багато часу витрачає на дії, пов'язані з одержанням і вживанням речовини та відновленням її ефектів.

Стан скасування поєднання ПАР може виникнути під час чи одразу після вживання речовини, що характеризується яскравими галюцинаціями (звичайно слуховими), які часто охоплюють кілька сфер почуттів, помилковими дізнаннями, маячними ідеями відносини, психомоторними розладами (збудження або ступор), анормальним афектом, що варіює від сильного страху до екстазу. Свідомість зазвичай не порушується, хоча можливий певний ступінь її потьмарення, що не призводить до важкої сплутаності. Розлад зазвичай минає принаймні частково через місяць і цілком — через 6 місяців.

**“Флешбек”** — спонтанні короткочасні рецидиви симптоматики гострої інтоксикації за відсутності реального вживання ПАР; може виявитись на будь-якій стадії залежності від ПАР.

**Кінцева стадія залежності від ПАР** — це розлади, що спричинюються вживанням алкоголю або наркотиків, які тривають після періоду безпосередньої дії цих речовин і характеризуються значними змінами пізнавальних функцій, особистості, поведінки чи слабоумством. Рівень слабоумства, що спричинюється вживанням ПАР, змінний,

і після тривалого періоду повного розладу інтелектуальних функцій і пам'яті втрачені функції можуть частково відновитися.

**Амнестичний синдром** виявляється у вираженому порушенні пам'яті на нещодавні події, порушенні почуття часу і порядку подій, а також здатності до засвоєння нового матеріалу. Інші пізнавальні функції певною мірою зберігаються, а дефекти пам'яті непропорційно збільшуються порівняно з іншими порушеннями.

Амнестичний синдром, що спричинюється вживанням алкоголю або інших ПАР, має відповідати загальним критеріям органічного амнестичного синдрому. При цьому можуть виявлятися також особистісні зміни, часто з появою апатії і втрати ініціативи (тенденція не піклуватися про себе). Амнестичний синдром переважно спостерігається в кінцевій стадії залежності від ПАР і характеризується такими ознаками: порушенням запам'ятовування і дефектом пам'яті на нещодавні події (порушенням засвоєння нового матеріалу) достатньою мірою, для того, щоб спричинити ускладнення в повсякденному житті аж до амнестичної дезорієнтації; зниженою здатністю до відтворення минулого досвіду.

**До основних наслідків зловживання психоактивними речовинами** належать розлади особистості, афективної сфери та поведінки (притуплення вищих почуттів, огрубіння, дратівливість, рентні тенденції, емоційні та вольові порушення, стійке інтелектуально-мнестичне зниження і деменція (слабоумство).

Зауважимо, що на кінцевій стадії залежності, як правило, виявляються стійкі соматоневрологічні порушення (зокрема, поліневропатія, мозочкові розлади, характерні ураження серця, печінки та інших органів і систем).

#### *Спеціальні лабораторні дослідження для визначення психоактивних речовин в організмі*

Стандартна процедура виконання звичайного аналізу для підтвердження факту зловживання ПАР передбачає проведення попереднього скрінингового тесту з використанням автоматизованого серійного набору для виконання імуноферментного аналізу, після якого здійснюється тонкошарова, газова чи рідинна хроматографія для визначення конкретної ПАР, що міститься у пробі. Останній, підтверджувальний тест, який повинен якісно відрізнятися від першого, зазвичай рекомендується для точного визначення конкретної ПАР у разі одержання позитивної відповіді на перший (попередній) тест. Попередні скрінингові тести призначені тільки для визначення класу речовини (на-

приклад, опіат, похідна бензодіазепіну тощо). Найчуттєвішим методом дослідження ПАР є газова хроматографія у поєднанні з мас-спектрометрією, що вважаються “золотим стандартом” точного визначення наявності ПАР. Інтерпретація результатів може ускладнюватись існуючими взаємозв’язками між сполуками одного хімічного класу, з однаковими кінцевими продуктами метаболізму. Наприклад, оксазепам, похідна бензодіазепіну, є також проміжним метаболітом хлоріазепоксиду, діазепаму, клоразепаму і темазепаму. Аналогічні утруднення виникають і при інтерпретації результатів аналізу на зміст опіатних речовин. Основний метаболіт героїну становить морфін, що є водночас продуктом обміну кодеїну. Тому вважається, що тільки визначення МАМ може бути специфічним показником вживання героїну. Навпаки, дигідрокодеїн (який часто помилково сприймається як кодеїн) має особливий шлях метаболізму. Клінічне пояснення результатів тестування на вміст ПАР становить непросту, але важливу проблему, зокрема, при визначенні дозволеної чи забороненої для вживання ПАР і юридичних наслідків, що впливають з цього. Для того, щоб приховати факт вживання ПАР під час аналізу сечі, вдаються до таких хитрощів: п’ють багато води для розведення сечі, замінюють пробу сечі слабо завареним чаєм, або іншою, зібраною в період абстиненції або в іншої особи, яка не вживає ПАР, розводять пробу сечі водопровідною водою або водою з унітаза. Періоди виявлення ПАР у сечі і їх виведення із сироватки крові наведені в табл. 1 і 2.

*Волосся.* Один з нових біологічних методів виявлення вживання ПАР — оцінка волоссяного шару голови. Очевидна перевага цієї методики полягає в тому, щоб за її допомогою одержувати інформацію за триваліший період порівняно з аналізами сечі, крові й слини. Водночас можливості аналізу волосся на вміст ПАР, якими зловживають, проблематичні, оскільки ці сполуки містяться в дуже низьких концентраціях.

*Слина.* Визначення концентрації ПАР у слині є новою методикою, що становить певний інтерес, особливо тому, що взяття проби — це неінвазивний процес, а власно біологічний субстрат дає змогу одержати як кількісну, так і якісну інформацію про вміст ПАР у підекспертного. Кількісні дослідження вмісту заборонених ПАР у слині тривають останні 10 років, однак на ранній стадії вони істотно гальмувалися через відсутність стандартної схеми забору проби слини, та й нині значення цієї біологічної рідини як засобу для визначення і моніторингу ПАР залишається не визначеним.

## Періоди виявлення ПАР у сечі

Речовина	Період виявлення
<i>Психостимулятори</i>	
Амфетамін	2–3 доби
МДМА (екстазі)	30–48 год
Метамфетамін	48 год
Кокаїн	6–8 год
Метаболіт кокаїну/бензойлєкгонін	2 доби
<i>Барбітурати</i>	
Короткочасної дії (циклобарбітон)	24 год
Середнього часу дії (пентобарбітон)	48–72 год
Тривалої дії (фенобарбітал)	>7 діб
<i>Похідні бензодіазепіну</i>	
Короткочасної дії (тріазолам)	24 год
Середній час дії (темазепам, хлордіазепоксид)	40–80 год
Тривалої дії (діазепам, нітразепам)	>7 діб
<i>Опіати</i>	
Метадон (доза для підтримуючого лікування)	7–9 діб
Кодеїн/морфін	24 год
Морфіну глюкуроніди	48 год
Кодеїну глюкуроніди	3 доби
Пропоксифен/норпропоксифен	6–48 год
Дигідрокодеїн	24 год
Бупренорфін	48–56 год
Сполуки бупренорфіну	7 діб
<i>Канабіноїди (маріхуана)</i>	
Одноразове вживання	3 доби
Середня частота вживання	4 доби
Часте вживання (щоденне)	10 діб
Тривале часте вживання	< 36 діб
<i>Інші</i>	
Метаквалон	>7 діб
Фенциклідин	8 діб
Дієтиламід лізергінової кислоти (LSD)	24 год



## Періоди напіввиведення і повного виведення ПАР із сироватки крові

ПАР	Період напіввиведення	Період повного виведення
Героїн	2 хв	10–14 хв
Морфін	3 год	15–21 год
Глюкуроніди морфіну	7,5 год	37–49 год
Дигідрокодеїн	4 год	20–28 год
Кодеїн	3 год	15–21 год
Глюкуроніди кодеїну	12 год	60–80 год
Бупренорфін	8 год	40–56 год
Глюкуроніди бупренорфіну	24 год	120–160 год
Метадон	36 год	200–250 год
Амфетамін	12 год	60–80 год
Кокаїн	1 год	5–7 год
Бензойлекгонін (метаболіт кокаїну)	7,5 год	37–49 год
Екстазі	6 год	30–40 год
Нітразепам	28 год	140–200 год
Флунітразепам	25 год	125–175 год
Темазепам	10 год	50–70 год
Діазепам	48 год	240–320 год
Нордіазепам — метаболіт діазепаму	40–100 год	200–600 год
Канабіс	20 год	100–140 год
Канабіноїдні метаболіти	25–28 год	125–160 год

*Повітря, що видихається, ніт.* Значне підвищення чутливості методів дослідження останніми роками уможливило аналіз нетрадиційних біологічних субстратів, наприклад поту, проби якого беруть за допомогою “потової серветки”, що прикладається до шкіри в різних ділянках тіла (біцепси, торс, поперек). За допомогою точних хроматографічних методик було доведено, що поширені заборонені ПАР, включаючи бупренорфін і екстазі, виявляються в поту. Крім того, ПАР можна виявити у грудному молоці й меконії.

## *Розділ 8.* СИМУЛЯЦІЯ І ДИСИМУЛЯЦІЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

Симуляцією психічного захворювання є свідомо удавана поведінка, що полягає в демонструванні неіснуючих ознак психічного розладу чи у штучному викликанні їх у себе за допомогою медикаментозних засобів.

Серед симулянтів переважають особи з повторними правопорушеннями, соціально і педагогічно занедбані, а також характерологічно деформовані умовами тривалої ізоляції у специфічному мікросередовищі. Це пояснюється великою поінформованістю таких осіб у практиці призначення і здійснення судово-психіатричної експертизи. Симулятивна поведінка найчастіше спостерігається у підслідних, ніж у засуджених. Це пояснюється напруженістю і невизначеністю слідчої ситуації, що активізує захисні тенденції особистості. Симуляція у осіб, що перебувають під слідством, може виникати на будь-якому етапі, але найчастіше з'являється під час взяття під варту, пред'явленні обвинувачення, при ознайомленні з матеріалами справи чи під час судового розгляду.

У засуджених симулятивна поведінка найчастіше з'являється при зміні режиму утримання, відмовленні в достроковому звільненні тощо. Велике значення мають характерологічні особливості особистості — здатність до наслідування, перевтілення, багата уява, навіюваність і водночас витримка, цілеспрямованість.

Розрізняють три варіанти симуляції:

- попередня, тобто в період, що передує злочину, з метою створити думку про протиправну дію як акт, вчинений у стані психічного захворювання;

- навмисно здійснювана в період правопорушення з метою приховування мотивації;
- після здійснення правопорушення, як свідомо, цілеспрямована поведінка з метою уникнути відповідальності.

У судово-психіатричній практиці найчастіше спостерігається останній варіант.

Існує два способи симуляції:

- власне психічного захворювання, коли поведінкою і висловлюваннями підекспертний намагається відтворити патологічний стан психіки (якого немає й не було). Іноді для цього приймають спеціальні лікарські засоби, які тимчасово викликають стан, що може створити враження психічного захворювання;
- анамнезу, коли симулянти подають помилкові відомості про патологічний стан, який нібито виявлявся в минулому. У такий спосіб створюється враження про перенесене в минулому психічне захворювання, якого насправді не було. При симуляції анамнезу в окремих випадках попередньо інструктуються родичі, які в разі потреби сповістять вигадані відомості про неправильну поведінку підекспертного в минулому. Іноді такі особи попередньо госпіталізуються до психіатричного стаціонару чи звертаються до психоневрологічного диспансеру з певним комплексом наперед продуманих скарг для створення ілюзії перенесеного психічного розладу.

Останнім часом, як засвідчує судово-психіатрична практика, однаковою мірою виявляються обидва способи симуляції.

Симуляція психотичного стану найчастіше виявляється у вигляді відтворення окремих його симптомів чи синдромів психічного захворювання (ступор, психомоторне збудження, слабоумство, галюцинації) і рідко однієї його клінічної форми. При цьому відтворюються несумісні симптоми різних психічних хвороб. Окремі психотичні симптоми дуже важко піддаються наслідуванню, а тому потребують від особи величезного напруження емоцій і сил. До таких симптомів належать, наприклад, мовне і рухове збудження при маніакальному стані, мовна сплутаність тощо. На відміну від психічно хворих здорові особи в таких випадках швидко втомлюються.

Демонстрування зміненого мислення і окремих видів слабоумства так само становить для симулянта великі утруднення, оскільки потребує тривалої напруженої уваги під час розмови. Тому до таких форм симуляції психічно здорові особистості вдаються рідко. Досвідченіші підекспертні імітують симптоми, які не потребують пізнань у психі-

атрії, а також великих витрат фізичних і психічних зусиль і легко автоматизуються.

Як свідчить судово-психіатрична практика, найчастіше симулюється депресія з монотонною поведінкою, невиразною мімікою, установкою на неприступність, що виявляється в ухильних коротких відповідях. Водночас спостерігаються рухова загальмованість, відмовлення від їжі з посиленнями на можливість отруєння, а також демонстративні суїцидальні прояви (висловлювання, готування, спроби, незначні самоушкодження). Часто на цьому тлі симулюються елементарні галюцинаторні розлади, переважно зорового характеру (вбрані в чорне загрозливі постаті, страшні обличчя тощо), а іноді слухові обмани сприймання (голоси), маячні ідеї переслідування (стежать, дивляться).

Іноді стан загальмованості чи гіпоманії виявляється не весь період симулятивної поведінки, а епізодично.

Оскільки симуляція є індивідуальною творчістю, вона відбиває особливості особистості. Тому вибір симптомів, які симулюють, залежить в основному від поінформованості в галузі психіатрії, знань, отриманих зі спеціальної літератури, особистих переживань у минулому і спостережень за поведінкою душевнохворих, а також від існуючих у різні часи в суспільстві уявлень про причини і симптоми психічних захворювань. Усе це зумовлює значну різноманітність проявів симуляції, відсутність будь-яких закономірностей у прояві удаваних симптомів.

Зауважимо також, що у зв'язку з виявленим патоморфозом психічних захворювань змінюються і прояви симуляції.

Якщо в минулому найчастіше симулювалися судовні напади, у 30-ті роки ХХ ст. — маячні синдроми, афективні розлади і слабоумство, то в 60-ті роки найчастіше ізольовані симптоми — мутизм, елементи псевдодеменції. Останнім часом знову збільшується кількість випадків симуляції з проявом маячних ідей, різних за структурою і змістом. Найчастіше висловлюються ідеї переслідування, впливу (апаратами, променями, гіпнозом), іпохондричного характеру (твердження про невиліковне захворювання, найчастіше про рак). Часто демонструються і продуманіші, ретельно підготовлені й подані ідеї винахідництва. Так, підекспертні заявляють, що тривалий час займаються розробкою “наукових проблем”, винаходять нові двигуни, способи лікування невиліковних захворювань тощо. Усі ці висловлювання звичайно підкріплюються відповідними малюнками, схемами, кресленнями і

записами, де помічається характерний зв'язок цієї продукції з минулим досвідом особистості, її інтересами, захопленнями і схильностями.

Виявляються й нові форми симулятивної поведінки, зокрема твердження про спілкування з космосом, інопланетянами, скарження на внутрішні голоси, розлади мислення (“порожнеча в голові”, “відсутність” і “обривання думок”), переживання, що виявляються при синдромі психічного автоматизму (“уроювання чужих думок”, “ніби щось штовхає, змушує робити неприємне”). Ці висловлювання зазвичай повторюються більшістю підекспертних у заштампованій та одноманітній формі.

На початку симуляції поведінка таких підекспертних має мінливий, немов би пошуковий характер. Вони з обережністю спілкуються з лікарем, уважно стежать за справленим на нього враженням. Уловивши сумнів у тоні співрозмовника щодо своїх висловлень, відмовляються від них, демонструють інші, змінюють манеру поведінки з лікарем і оточуючими, а також вибирають інші симптоми для симуляції.

З огляду на утруднення розпізнавання симуляції експертизу осіб, які підозрюються у симулятивній поведінці, необхідно здійснювати у стаціонарних умовах. Тільки при тривалому динамічному спостереженні в різних ситуаціях — під час розмов з лікарями, комісіями, а також у відділенні стаціонару — можливий поглиблений аналіз сукупності всіх отриманих даних з метою обґрунтування висновку про наявність симуляції.

В усіх подібних випадках необхідно порівнювати відомості, які надаються підекспертними та їх рідними, з об'єктивними даними, що підтверджують чи спростовують їх.

Крім того, у випадках симуляції може виявитися невідповідність змісту хворобливої симптоматики манері її демонстрування. Так, підекспертні активно й настирливо скаржаться на постійні головні болі, загальну млявість, слабкість, тугу, але висловлюються з відтінком злостивості, роздратування, у стані емоційного напруження, що не відповідає демонстрованій тузі та іншим скаргам астеничного кола.

В інших випадках попри складність пропонованих скарг, що імітують галюцинаторно-параноїдний синдром, який, як правило, різноманітний за проявами, хворі описують свій стан одноманітно, а якщо їх перебивають, починають повторювати все спочатку, щоб нічого не пропустити, ретельно обмірковують кожне слово.

Осіб, які демонструють маячні ідеї різного змісту краще не перебивати, оскільки вони дуже швидко виснажуються. На відміну від багатослівних хворих на шизофренію з порушеннями мислення ці підекспертні одразу зупиняються, очікуючи додаткових запитань.

Часто підекспертний, що імітує шизофренію, скаржитися на самотність, емоційний холод, не хоче ні з ким спілкуватися, однак для хворого на шизофренію самотність — це потреба і тому не може бути скаргою. Таке порушення цілісної клінічної картини створює “зайві” симптоми (наприклад, образні яскраві зорові галюцинації в поєднанні з резонанськими міркуваннями і “голосами” чи поєднання складних маячних ідей з елементами псевдодеменції).

При відтворенні маячних переживань виявляється невідповідність маячної ідеї емоційному фону, відсутність охоплення особи маячними переживаннями, як це властиво для психічно хворих. Зміст маячних ідей викладається ухильно, непевно, часом схематично з відтінком роздратування і злостивості. Маячні ідеї величі, переоцінки власної особистості викладаються на тлі пригніченості, що відповідає психотравмуючі ситуації і не супроводжуються піднесеним настроєм, як у справді маячних хворих.

При розпізнаванні симуляції важливою ознакою є особливості поведінки підекспертних, яка так само відбиває невідповідність поєднання окремих проявів у структурі синдрому. У більшості випадків запропоновані маячні ідеї, образні й яскраві зорові галюцинації не позначаються на їх поведінці у відділенні, яка залишається правильною, відповідною до конкретних обставин.

Якщо підозрювані в симуляції висловлюють маячні ідеї отруєння, вони демонстративно відмовляються їсти, відштовхують тарілки, і водночас охоче харчуються, коли їх ніхто не бачить, віддаючи перевагу продуктам з передач.

Особи, які демонструють слабоумство, порушену орієнтацію в навколишньому середовищі, нерозуміння причин направлення на експертизу, водночас читають і пишуть листи, уважно перечитують список продуктів з передач, вміло обстоюють власні інтереси. Поведінка при симуляції незважаючи на різні її форми завжди має диференційований характер, а властива цим особам форма поведінки з демонстративним перебільшенням симптоматики спостерігається лише при розмовах з лікарями чи медперсоналом. У відділенні, коли підекспертний вважає, що за ним ніхто не спостерігає, поводить себе правильно, його міміка і рухи відповідають обставинам, він правильно орієн-

тується у справах відділення, знає до кого з яким проханням звернутися. Підозрювані в симуляції попри демонстровану симптоматику охоче спілкуються з оточуючими, переважно з психічно здоровими підекспертними, слухають радіо, виявляють інтерес до телепередач. Однак побачивши лікаря, одразу змінюють форму поведінки на “хворобливу”. При цьому в них відновлюється демонстративна міміка, яка відбиває переляк чи повне нерозуміння навколишнього.

При пред’явленні скарг на епілептичні напади у осіб, що підозрюються в симуляції, дослідження біоелектричної активності головного мозку (електроенцефалографія) не виявляє судомної готовності, яка існує у хворих на епілепсію.

Особливо велике значення для діагностики мають результати експериментально-психологічного обстеження. Ці дані становлять важливу додаткову інформацію про наявність чи відсутність у осіб порушень мислення, емоційно-вольової сфери, інтелектуально-мнестичних функцій.

Насамперед зауважимо, що в таких випадках не виявляється цілісна клінічна картина будь-якої з відомих форм психічного захворювання, а симулянти демонструють окремі ізольовані симптоми психічного захворювання, а не хворобу загалом. Поряд з ізольованістю пропонованої симптоматики слід зазначити її несумісність, співіснування симптомів, характерних для різних форм психічних захворювань чи для різних етапів їх перебігу (початкового і віддаленого). У результаті такої ізольованості та несумісності симптомів порушуються закономірності розвитку і перебігу психічного захворювання.

**Агравация** — навмисне перебільшення симптомів наявного захворювання. У судово-психіатричній клініці агравация виявляється доволі часто, і основною її метою є домагання бажаного вирішення експертних питань.

Найчастіше агравация спостерігається у осіб з органічним ураженням головного мозку травматичного чи судинного характеру, а також при олігофренії і відповідно виявляється в перебільшенні інтелектуальної недостатності, що природно при такій патології.

Так, при олігофренії “хворі” прагнуть показати великий ступінь розумового недорозвинення, ніж він є насправді, що значно утрудняє оцінку ступеня наявних особливостей розумової недостатності.

У “хворих” на церебральний атеросклероз особливо часто перебільшуються розлади пам’яті, здатність запам’ятовувати і утримувати в пам’яті поточні події, а також демонструються прояви перенесеного

інсульту чи динамічного порушення мозкового кровообігу, якщо воно було в минулому.

Особи з наслідками травми голови часто підсилюють чи відновлюють тики, заїкуватість, тремтіння окремих частин тіла — кінцівок, голови. Вибір симптомів і форма їх демонстрування відбивають характер і глибину справді наявних змін психіки: що глибший ступінь інтелектуальних розладів, то збільшуються безглузді та гротескні прояви агравації.

**Метасимуляція** — свідоме штучне продовження перенесеного психотичного стану. Таке цільове демонстрування вже відсутніх симптомів щойно перенесеного захворювання в судово-психіатричній практиці нині зустрічається частіше, ніж у минулі роки. Найчастіше спостерігається навмисне відтворення симптомів перенесеного реактивного психозу.

Здебільшого відтворюються депресивні стани з перебільшеними проявами пригніченості, штучним відтворенням приступів ядухи, спазмів у горлі, порушень рухів за типом паралічів, парезів нижніх кінцівок. Іноді до цього додаються скарги на страшні зорові та слухові галюцинації, які нібито з'являються вночі. В окремих спостереженнях поряд із симптомами депресії свідомо відтворюються окремі прояви псевдодеменції. Під час розмови у підекспертних з'являється підкреслено дурнуватої вираз обличчя, розгубленість, витріщання очей, вони багаторазово перепитують запитання, нібито не розуміючи їх змісту. У присутності лікарів і персоналу у підекспертних з'являється неприродна хода, вони валандаються, йдуть, як сліпі, тримаючись за стіни.

Якщо при реактивному психозі спостерігався синдром маячноподібних фантазій, відтворюється саме ця симптоматика. При цьому висловлювання підекспертних мають одноманітний, заштампований і водночас гротесковий характер, не супроводжуються колишнім афективним охопленням і патологічною активністю — здатністю годинами просиджувати за побудовою креслень і проєктів.

Зауважимо, що при всіх навмисно відтворюваних симптомах перенесеного в минулому реактивного стану всі вони мають ізольований характер, демонструються тільки у присутності лікарів чи персоналу і не впливають на поведінку цих осіб. Перебуваючи в палаті, підекспертні правильно поведуться, нормально розмовляють з оточуючими, їхня міміка втрачає гротескні прояви розгубленості й нерозуміння, моторика стає звичайною без елементів незграбності, утруднень у пересуванні.



**Сюрсимуляція** — демонстрування хворобливих симптомів, що не відповідають наявному у особи психічному захворюванню.

Така форма поведінки найчастіше виявляється у хворих на шизофренію з проявом властивих шизофренічному процесу порушень мотиваційної сфери мислення. Тому її порівняно легко розпізнати. Хворі не виявляють критичного ставлення до справді наявних у них хворобливих проявів. Тому з метою уникнути покарання вони демонструють симптоматику, яка, на їхню думку, є справді хворобливою.

Іноді хворі прагнуть приховати своє захворювання (шизофренію) і демонструють симптоми, не властиві йому, наприклад епілептичні порушення чи порушення пам'яті, які не спостерігаються при шизофренії, або грубе слабоумство, не властиве цьому захворюванню. Однак справді наявні психічні порушення таких хворих завжди відбиваються в особливостях їхньої удаваної поведінки. Так, на відміну від симуляції удавання при шизофренії має характер, позбавлений логіки.

**Дисимуляція психічних розладів** — навмисне приховування наявного психічного захворювання або окремих його симптомів.

При повній дисимуляції хворі заперечують наявність у них психічних розладів як на момент обстеження, так і в минулому.

При частковій дисимуляції хворі приховують тільки окремі клінічні прояви, а про інші розповідають доволі докладно. До часткової дисимуляції належать випадки, коли всі наявні психічні розлади хворі зараховують до минулого, цілком заперечуючи їх на момент обстеження. До дисимуляції вдаються хворі, які побоюються госпіталізації до психіатричного стаціонару, позбавлення цивільних прав чи прагнуть виписатися з психіатричної лікарні, особливо в разі перебування на примусовому лікуванні.

У судово-психіатричній практиці зустрічаються випадки, коли дисимують маячні хворі з метою виписування зі стаціонару для одержання можливості реалізації своїх соціально небезпечних маячних ідей.

Хворі у стані депресії також можуть дисимуювати, прагнучи вчинити самогубство.

Зауважимо, що навмисне приховування хворими хворобливої симптоматики є однією з основних причин помилкових діагностичних і експертних висновків. Несвоєчасна діагностика, у свою чергу, призводить до спізнілого застосування активного лікування і зниження його ефективності. При цьому можливе передчасне виписування із психіатричного стаціонару таких хворих, що є однією з причин здійснення психічно хворими повторних суспільно небезпечних дій.

## *Розділ 9. ЕКСПЕРТИЗА НЕПОВНОЛІТНІХ*

Судово-психіатрична експертиза неповнолітніх (СПЕН) здійснюється за загальними нормами судово-психіатричної експертизи (СПЕ), установленими процесуальним законом і відповідними підзаконними актами (інструкціями, положеннями). Водночас експертиза неповнолітніх має специфічні для підліткового віку правила, які пов'язані з деякими особливостями законодавства, методологією обстеження, клінікою психічних розладів, діагностикою та експертною кваліфікацією окремих станів.

Організація СПЕН — це широке коло заходів, спрямованих на забезпечення адекватного соціально-правового і медичного захисту підлітка-правопорушника. Такі заходи мають відповідати таким вимогам: дотримання законності, чинних законодавчих і нормативних документів (актів); обґрунтованість направлення неповнолітнього на огляд; адекватність вибору виду експертизи; кваліфікованість фахівців, які беруть участь у СПЕН; використання надійних критеріїв діагностики і психіатричної оцінки; адекватність рекомендованих медичних заходів.

Правильна організація СПЕН як обов'язкову умову передбачає створення в Україні підліткової судово-психіатричної служби. Без вирішення організаційних питань не може вважатися завершеним становлення підліткової судової психіатрії як дисципліни. Відсутність організаційних рішень позбавляє СПЕН єдиних принципів, установок, системності, можливості обліку, контролю і розвитку.

Нині СПЕ неповнолітнім призначається і здійснюється без фахівців (з підліткової психіатрії і психології); судово-психіатричні експерти часто не мають спеціалізації не тільки з підліткової психіатрії, а й з галузі ювенільної юриспруденції.

Як відомо, підставою для направлення неповнолітнього, якого було притягнуто до кримінальної відповідальності, на СПЕ є сумніви в його психічній повноцінності. Тому варто звертати увагу на зовнішній вигляд підлітка (невідповідні віку зріст, пропорції тулуба і кінцівок, розмір і форма голови, виразність вторинних статевих ознак (оволосіння, зміна голосу, вікова мастопатія), невиразність і неадекватність міміки, жестикуляції, застигання в одноманітних позах, скорботний погляд та ін.). Необхідно з'ясувати наявність психічних захворювань у близьких родичів підлітка, одержати відомості про перебування його на обліку у психоневролога, лікування у психіатричних лікарнях, наявність інвалідності з психічного захворювання, висновок СПЕН з минулою чи цієї кримінальної справи, дані про виховання в дитячих будинках інвалідів, навчання в допоміжній школі чи інтернаті, відомості про перенесені травми голови, що супроводжувалися нудотою, блювотою, тривалим головним болем, про мозкові дитячі інфекційні захворювання. Усі ці факти необхідно отримати ще до направлення підлітка на СПЕ, запросивши відповідну медичну документацію. Важливими є також відомості про затримку чи патологічний перебіг психічного розвитку, розвитку мови в дитинстві, замкнутість чи розважливість у поведінці, метушливість, приставучість, багатослівність, порушення вимови, надмірна боязкість, страхи (денні чи нічні), порушення сну, неохайність (нічне і денне нетримання сечі), судомні напади, запаморочення, непритомність, нестерпність спеки, духоти, поїздок у транспорті. Важливо звернути увагу на наявність безпричинних розладів настрою (пригніченість, байдужість, тужлива злостивість, неадекватна веселість з переоцінкою своїх можливостей), їх тривалість і частоту. Велике значення мають відомості про раптову зміну взаємовідносин підлітка з батьками чи оточуючими — ворожість, відчуження, висловлювання про те, що батьки не рідні; зникнення інтересу до навчання, відмовлення від навчання у школі, обмежене спілкування з однолітками; поява схильності до невтримного фантазування і неправди, жорстокості, садизму, безглузких вчинків, спроби самогубства.

Під час цілеспрямованих розмов неважко встановити, якою мірою підліток контактний чи загальмований, пригнічений, байдужий чи збуджений, кмітливий чи тупий, нездатний зосередитися на темі розмови, погано запам'ятовує, не розуміє абстрактні чи навіть прості узагальнюючі поняття, погано читає, буквально розуміє прислів'я, має малий запас слів, обсяг знань. Варто звернути також увагу на

дитячість поведінки й інтересів, підвищену навіюваність, нездатність приймати самостійні рішення чи їх необдуманість, конформність, легку підлеглість у групах однолітків, імпульсивність, неорганізованість, нецілеспрямованість вчинків, прагнення до спілкування з молодшими за віком.

Основне завдання судово-психіатричної експертизи неповнолітніх, як і СПЕ загалом, полягає в правильній кваліфікації психічного стану, що охоплює констатацію (чи виключення) психічних розладів, визначення їх нозологічної чи синдромологічної належності та ступеня виразності. Вирішення кожного з цих питань неможливе або вкрай утруднене без належного знання вікової специфіки підліткової психіатричної клініки.

Девіантний перебіг пубертатної кризи може виявлятися як психічна патологія, що найчастіше зустрічається у трьох варіантах:

- **психологічна криза дозрівання**, що вичерпується тільки кількісним посиленням властивому цьому віку психологічних особливостей і суперечностей, вирізняється парціальністю відхилень, диспропорціями психічного дозрівання;
- **дисгармонійна пубертатна криза**, що вичерпується особистісними порушеннями за психопатичним і психопатоподібним типами. У цьому разі психологічна криза дозрівання виражена великою мірою, як і порушення поведінки (аж до делінквентних форм), і особистісні (патохарактерологічні, психопатичні) реакції, і соціальна дезадаптація;
- **патологічна пубертатна криза**, що включає психічні розлади особистісного реєстра у вигляді пубертатної психопатології (патологічні фантазії, пубертатна астения, надцінні ідеї, невротичні та неврозоподібні синдроми, афективні порушення, розлади потягів, гебоїдні стани).

Підлітки частіше, ніж дорослі, визнаються неосудними, що пов'язано з частотою патологічного перебігу пубертатної кризи, затриманням розвитку, дисоційованим дозріванням, масивністю психопатоподібних порушень, тобто всіх розладів, що становлять вікову специфіку. При огляді підлітків необхідно пам'ятати про вплив віку на клінічну картину психічних захворювань.

Однією з найхарактерніших ознак психічних порушень у підлітковому віці є наявність у клінічній картині симптомів психічної незрілості (інфантилізму).

**Синдром психічного інфантилізму** значною мірою визначає особливості клінічної картини, характер і мотивацію суспільно небезпеч-

них дій, адаптаційні та критичні можливості й тому має важливе значення для експертної оцінки, коли психічна незрілість може досягати патологічного рівня. Залежно від характеру причинних факторів інфантилізм виявляється в різні вікові періоди, що позначається на його клінічній характеристиці.

При цьому виникають такі прояви незрілості, як несамостійність, неорганізованість, недостатність практичних навичок та ініціативи, мала витривалість при психічних навантаженнях, збереження дитячого характеру прихильностей та інтересів, егоцентризм, недостатність соціальної зрілості й адаптації. Окремі прояви психічної незрілості можуть виникати і при педагогічній занедбаності, однак при цьому вона не становить цілісного синдрому.

Клінічні форми інфантилізму необхідно знати для вирішення питання про відповідність рівня психічного розвитку паспортному віку, питання, що нерідко ставиться перед судовими психіатрами в разі виявлення наявності у підлітка ознак затримання розвитку. У таких випадках призначається комплексна психолого-психіатрична експертиза.

**Синдром фантазування** тісно пов'язаний із психічною незрілістю; нозологічно він неспецифічний, неоднорідний за структурою, механізмами виникнення, клінічною і віковою динамікою, але може посідати центральне місце у клінічній картині чи бути лише її окремим компонентом. Виникаючи зазвичай за механізмами інфантильного психологічного захисту, фантазування часто мають псевдокомпенсаторний характер, відбиваючи прагнення підлітка до самоствердження; може також виникати спонтанно за механізмом “витіснення” тяжкої ситуації або без явних причин, за механізмом “заміщення” реальної дійсності, до якої зник інтерес.

Необхідність вивчення фантазування пов'язана з існуванням його патологічних форм і можливістю здійснення кримінальних дій під впливом вигадок. Патологічне фантазування при його несприятливій динаміці характеризується поступовим звуженням діапазону фантазій і переходом їх від істеричних форм до шизоїдних, коли з'являється тенденція до поступового ускладнення фабули з дедалі збільшуваним відривом від реальності, появою аутистичного фантазування з монотематичним чи стереотипним змістом, зменшенням довільності виникнення фантазій, приєднанням візуалізації зорових уявлень, галюцинацій, можливістю трансформації в маячення, безупинним характером фантазування, появою стійких агресивних і садистських фантазій з надцінними ідеями вбивства, реалізацією вигадок і повторних

кримінальних дій, збільшенням змін особистості за шизофренічним чи органічним типами. Найважчі форми з трансформацією у синдром Кандинського спостерігаються при шизофренії. На відміну від інших захворювань, фантазування у хворих на шизофренію дуже швидко стає патологічним.

**Надцінні ідеї** — це суб'єктивно значущі і надзвичайно афективно заряджені міркування чи переживання, які займають надвелике місце у психіці індивіда і часто визначають його вчинки. На відміну від структури надцінних ідей у дорослих, у підлітковому віці відсутні аргументована ідея й детальна розробка фабули. У судово-психіатричній клініці найчастіше спостерігаються: надцінне фантазування, прагнення до самовдосконалення, ворожість і прихильність, ідеї помсти, ідеї інших батьків і сирітства, надцінні захоплення, ідеї вбивства, неповноцінності й переоцінки власних можливостей тощо. Важливі особливості надцінних ідей у підлітковому віці полягають у частоті поєднань різних варіантів і виразній тенденції до їх реалізації (убивства, поворні підпали, розкрадання транспортних засобів та ін.).

**Гебоїдний синдром** характеризується карикатурним загостренням і патологічним перекручуванням психологічних особливостей, властивих підлітковому віку. Клінічно це виявляється в розгалужуванні чи перекрученості потягів, ослабленні моральних установок, своєрідному емоційному притупленні зі зниженням вищих емоцій (співчуття), холодності, жорстокості, садистських проявах, опозиційності, егоцентризму, прагненні до лідерства при втраті інтересу до продуктивної чи суспільно корисної діяльності. Наслідком цього стають асоціальна спрямованість інтересів, підвищена криміногенність, жорстокість правопорушень. До структури гебоїдного синдрому часто включаються надцінні ідеї й аутистичне фантазування агресивного змісту, спонтанні розлади настрою, схильність до брутальних афективних реакцій.

Характеризуючи особливості клініки окремих нозологічних форм, зазначимо, що найчастіше у практиці психіатрів-експертів спостерігаються наслідки органічного ураження центральної нервової системи, психопатія, шизофренія, олігофренія, реактивні стани, інфантилізм і рідше епілепсія.

**Органічне ураження центральної нервової системи** у дітей і підлітків може бути наслідком перенесених внутрішньоутробно чи в дитинстві інфекційних захворювань (менінгіт, енцефаліт, ускладнених дитячих інфекцій), черепно-мозкових травм. Ушкодження мозку часто

супроводжується загальним або частковим затриманням розвитку різного ступеня виразності. У практиці експертизи неповнолітніх найчастіше спостерігаються психопатоподібні стани органічної природи, хоча наслідком органічного ураження можуть бути також церебрас-тенічні, неврозоподібні, епілептиформні розлади і явища слабоумства.

При психопатоподібних станах органічний дефект виявляється в незначному затриманні психофізичного розвитку з деяким зниженням пам'яті, уваги, у моторному занепокоєнні, емоційному збіднінні, схильності до афективних чи імпульсивних реакцій, розладах потягів (дроманія, піроманія, сексуальні збочення). Частими симптомами є стійкий енурез, головні болі, запаморочення, непритомності, схильність до судомних нападів, нестерпність духоти, поїздок у транспорті, неврологічна симптоматика. Усі ці явища зазвичай мають тенденцію з віком згладжуватися і до пубертатного періоду на перший план виходять характерологічні, психопатоподібні порушення, що, як і психопатії, можуть виявлятися у вигляді різних клінічних варіантів. Однак найчастіше йдеться про підлітків з підвищеною збудливістю чи нестійкими істеричними особливостями. Наявність органічної симптоматики, розладів потягів, грубих змін в афективній сфері, великої мозайчності у клінічній картині відрізняють ці стани від психопатій. Експертна оцінка психопатоподібних станів аналогічна такій одиниці при психопатіях, однак при цьому доводиться враховувати не тільки глибину особистісних характерологічних порушень, а й симптоми органічного дефекту.

Основою **психопатії** є стійкі особистісні, характерологічні порушення, що формуються з дитинства і до завершення пубертатного періоду. У пубертатному періоді ці відхилення часто ще нестійкі, парці-альні й такі, що не склались у визначений клінічний тип психопатії.

З поведінкових реакцій найхарактерніші реакції протесту чи опозиції, відмови, імітації. Реакції протесту можуть виявлятися у прагненні вчиняти погане чи наперекір, а також у формі агресії, суїци-дальних спроб. Реакції відмови так само різноманітні (заглиблювання в собі, відмова підпорядковуватись, спілкуватись й інші патологіч-ніші форми цих реакцій — тривалі відмови від їжі, мутизм, запори, блювоти та ін.). Глибина цих реакцій може бути різною. Реакції про-тесту найчастіше спостерігаються у збудливих особистостей, іміта-ції — у хитливих, відмови — у астеніків і психастеніків.

Розпізнати **шизофренію** в підлітковому віці дуже важливо, оскільки констатація цього хронічного психічного захворювання супровод-

жується екскульпацією особи. Утруднення діагностики шизофренії у підлітків пов'язано з тим, що в судово-психіатричній клініці в основному доводиться мати справу з психопатоподібними формами, які часто подібні до психопатій, що формуються в цьому віці.

Іноді при першому знайомстві з такими хворими безмотивний, імпульсивний характер правопорушення, відсутність адекватної реакції на вчинене чи безглузда мотивація змушують запідозрити шизофренію.

У пубертатному періоді при шизофренії посилюється патологічна замкненість, емоційні реакції стають одноманітними і не відповідають їх причинам. У цей час часто виникають ідеї інших батьків, які легко трансформуються в маячні симптоми. Схильність до безглузвих абстрактних побудов, беззмислового мудрування, завзятий інтерес до питань світобудови, відірваність від реальності, схильність до абсолютної і тривалої бездіяльності, напади млявості й байдужності, холодності і ворожості до батьків відрізняють психопатоподібну шизофренію у підлітків від психопатій.

Великі утруднення виникають при експертизі **олігофренії**. З трьох ступенів цього уродженого чи рано набутого недоумства (ідіотія, імбецильність, дебільність) у практиці експертизи, як правило, спостерігається дебільність різного ступеня виразності. Утруднення, що виникають при експертизі дебільних підлітків, зумовлюються насамперед схильністю таких осіб до обтяження станів у важких для них ситуаціях (агравації), до реакцій розгубленості. При судово-психіатричній кваліфікації цих станів необхідно зважати не тільки на глибину інтелектуального дефекту, а й на стан емоційно-вольової сфери, порушення мотивації вчинків, підвищену навіюваність, нездатність порівнювати і коригувати власні афективні спонування і поведінку, невміння орієнтуватися в конкретній ситуації й адаптуватися в ній, нецілеспрямованість у вчинках. Підвищену навіюваність дебільних підлітків необхідно враховувати при оцінюванні їхніх показань, особливо коли вони є важливими свідками у справі чи потерпілими.

**Вибір заходів медичного характеру.** Примусові заходи медичного характеру призначаються, змінюються і скасовуються рішенням суду з урахуванням рекомендацій судово-психіатричних експертних комісій, лікарських комісій психіатричних лікарень, що здійснюють примусове лікування, психіатричних комісій з огляду засуджених. Ці рекомендації ґрунтуються на функціональному діагнозі, що відбиває всі рівні психічних розладів.



Примусове лікування у психіатричному стаціонарі загального типу рекомендується неповнолітнім із психічною патологією за відсутності у них ознак стійкої соціальної дезадаптації і постійних антисоціальних тенденцій, що виявляються у схильності до дій агресивного характеру, а також у грубих повторних порушеннях лікарняного режиму. Такий вид лікування можна рекомендувати хворим підліткам, якщо вони вчинили суспільно небезпечне діяння у психотичному стані; у разі виявлення в період експертизи ознак загострення хронічного психічного захворювання чи декомпенсації патологічного стану різного походження; якщо тимчасовий хворобливий розлад психічної діяльності виник після здійснення суспільно небезпечного діяння, і хворий має потребу в лікуванні до виходу із зазначеного хворобливого стану; при психічному захворюванні на стадії ремісії, у стані психічного дефекту різного походження, слабоумстві в разі повторних суспільно небезпечних дій; при зміні заходу медичного характеру після примусового лікування у психіатричному стаціонарі посиленого типу у зв'язку з поліпшенням стану, зниженням суспільної небезпеки й упорядкованістю поведінки.

Примусове лікування у психіатричному стаціонарі посиленого типу рекомендується хворим за наявності у них клініко-психопатологічних і соціально-психологічних факторів ризику підвищеної суспільної небезпеки. У неповнолітніх із психічною патологією до факторів ризику належать такі:

- психопатоподібний синдром зі стійкими афективними порушеннями у виді дисфорії і патологією потягів агресивно-садистичного характеру;
- гебоїдний синдром і негативно-дефіцитарні особистісні зміни з емоційним дефектом і виразною поведінковою активністю, що супроводжується афективною напруженістю, постійними порушеннями лікарняного режиму;
- гіпоманіакальні й маніакальні стани з розгальмуванням потягів і поведінки;
- поєднання перелічених симптомокомплексів зі схильністю до вживання алкоголю, наркотичних і токсичних засобів і токсикоманічною поведінкою, зі стійкими асоціальними особистісними установками, що зумовлювали кримінальну поведінку до захворювання, рецидивність суспільно небезпечних дій, а також зі схильністю до порушень лікарняного режиму.

Примусові заходи медичного характеру у психіатричному стаціонарі з інтенсивним спостереженням за неповнолітніми із психічною патологією рекомендується застосовувати обмежено. Неповнолітні, що не досягли віку 16 років, на таке примусове лікування можуть направлятися у виняткових випадках.

Такий захід медичного характеру рекомендується для неповнолітніх хворих, які вчинили тяжке суспільно небезпечне діяння і є значний ризик його повторення з огляду на клінічні прояви захворювання чи наявність патологічно зумовлених особистісних особливостей, що виявляються у стійких антисоціальних тенденціях, грубих порушеннях режиму з повторними втечами, нападами на персонал.

## **9.1. Комплексні експертизи неповнолітніх**

Міждисциплінарний характер цих експертиз визначає велику доказовість експертних висновків, можливість вирішення широкого кола питань та їх узгодження (психіатри, психологи, сексопатологи, судові медики та ін.), використання великого обсягу знань суміжних дисциплін. Комплексна судова психолого-психіатрична експертиза неповнолітніх обвинувачуваних призначається тоді, коли потрібно з'ясувати ступінь їх розумової відсталості, тобто чи мав змогу під-експертний усвідомлювати значення своїх дій і якою мірою міг керувати ними.

З огляду на викладене питання суду і слідства до експертів можуть бути коректно сформульовані в такий спосіб:

- чи наявні у неповнолітнього відхилення у психічному розвитку, і якщо наявні, то в чому вони виявляються;
- чи міг неповнолітній з урахуванням рівня його психічного розвитку цілком усвідомлювати значення своїх дій і якою мірою міг керувати ними.

На практиці основним завданням експертів часто виявляється встановлення відповідності психічного розвитку неповнолітнього календарному віку 14 чи 16 років для відповіді на запитання, чи може він бути притягнутий до кримінальної відповідальності. Так само важливим є завдання, що полягає в необхідності визначення, чи мав змогу неповнолітній усвідомлювати значення своїх дій і якою мірою міг керувати ними. Мета встановлення цих обставин полягає в індивідуалізації відповідальності неповнолітнього і застосуванні до нього відповідних корекційних заходів.

Експертне рішення про те, повною чи обмеженою мірою неповнолітній міг усвідомлювати значення своїх дій і керувати ними, повинно спиратися на комплексні психолого-психіатричні критерії. Одна з основних передумов для такого висновку — виокремлення клінічних характеристик порушень розвитку, що не виключають осудності, але можуть обмежувати здатність неповнолітнього усвідомлювати значення своїх дій і керувати ними. Для точної правової оцінки судом дій обвинувачуваних і встановлення ступеня їхньої винності важливе значення має аналіз поведінки і психічного стану потерпілих у кримінальній ситуації, урахування наслідків злочину для психічного здоров'я жертви.

Вікові особливості психіки неповнолітніх (незрілість, сугестивність (навіюваність), підпорядкованість, недостатність життєвого досвіду, невміння повною мірою та критично оцінити ситуацію і прогнозувати її розвиток, результати та можливі наслідки, непоінформованість у питаннях статевих стосунків тощо) часто визначають їх віктимну поведінку. Підлітки найчастіше стають об'єктами кримінальних дій злодіяків у ситуаціях необґрунтованої довіри чи швидкоплинних знайомств. Ризик здійснення протиправних дій ще більшою мірою підвищується стосовно неповнолітніх з психічними розладами, що супроводжуються неправильною поведінкою.

Розрізняють провокуючу, пасивно-байдужу і нейтральну поведінку жертви, що може зумовлюватись як медичними причинами (психічні розлади), так і психологічними (особистісні, вікові особливості, психогенна дезорганізація), а також соціальними факторами (несформованість морально-етичних принципів).

Психогенні стани, що розвиваються у жертв сексуальної агресії, у підлітковому віці характеризуються перевагою невротичних депресивних порушень, фобічними проявами, комплексом надцінних переживань, що відбивають особливості психогенії, яка частково відповідає критеріям посттравматичного стресового розладу.

До неповнолітніх свідків і потерпілих найдоцільніше застосовувати амбулаторний огляд.

Крім діагностичних до основних питань, які необхідно вирішити, належать такі:

- встановлення здатності потерпілих розуміти характер і значення дій злочинця і чинити йому опір;
- визначення можливості потерпілих і свідків правильно сприймати обставини, що мають значення для справи, і давати про них правильні свідчення;

- констатація можливості свідків і потерпілих брати участь у судовому та судовому слідстві;
- виявлення психічних розладів, встановлення зв'язку із заподіяними в результаті злочину ушкодженнями, а також визначення ступеня тілесних ушкоджень (останнє встановлюють судові медики).

Важливо також визначити можливості неповнолітніх свідків і потерпілих брати участь у судово-слідчому процесі, тому що під впливом несприятливих стресових факторів у них можуть розвиватися різноманітні за глибиною і тривалістю психогенні стани.

## *Розділ 10. ПЕНІТЕНЦІАРНА ПСИХІАТРІЯ*

Пенітенціарна психіатрія покликана надавати психіатричну допомогу затриманим особам, які перебувають в ізоляторах тимчасового утримання (ІТУ), особам, узятим під варту в порядку запобіжного заходу, тим, хто перебуває у слідчих ізоляторах (СІЗО), а також засудженим до позбавлення волі.

Розглянемо один з напрямів пенітенціарної психіатрії, тісно пов'язаний із судово-психіатричною експертною діяльністю — примусове лікування осудних, які до винесення вироку судом або під час відбування покарання захворіли на психічну хворобу. Результати такого огляду суд ураховує при розгляданні питання про можливість звільнення психічно хворого від покарання і застосування до нього примусових заходів медичного характеру.

Медична допомога засудженим може бути як амбулаторною, так і стаціонарною. Для амбулаторного обслуговування засуджених у структурі кожної виправної установи призначена медична частина, у штаті якої передбачена посада лікаря-психіатра.

Для забезпечення засуджених стаціонарною допомогою в пенітенціарній системі створено лікувальні установи, до того ж у великих багатопрофільних лікарнях є психіатричні відділення, палати. Крім того функціонує спеціалізована психіатрична лікарня у м. Вольнянську.

Психіатричні відділення, лікарні в місцях позбавлення волі не слід плутати із психіатричними лікарнями (стаціонарами) органів охорони здоров'я, де застосовуються примусові заходи медичного характеру.

Як і будь-яка лікувально-психіатрична діяльність, робота психіатра пенітенціарної системи ґрунтується на засадах взаємної довіри пацієнта і лікаря, поваги, незалежності й волі особистості пацієнта, збереження лікарської таємниці (конфіденційності), а також на інших

медичних принципах, що закріплені в законодавстві та професійно-етичних правилах.

Як вже зазначалося, засуджені до позбавлення волі забезпечуються психіатричною допомогою на підставах і в порядку, передбачених законодавством про охорону здоров'я. Термінова психіатрична допомога подається під час і за місцем відбування покарання. Але коли у засудженого з'являється тяжкий психічний розлад, це робить процес виконання покарання неможливим і тоді постає потреба звільнення його як хворого з хронічним психічним захворюванням від подальшого відбування покарання.

При захворюванні засудженого на тяжкий, але тимчасовий (зворотний) психічний розлад психіатрична допомога подається без звільнення його від покарання. Як правило, така особа направляється до психіатричного стаціонару (лікарні, психіатричного відділення) пенітенціарної системи. Після виходу з хворобливого стану засуджений знову направляється до виправної установи, при цьому час, який він перебував у стаціонарі, входить у термін відбування покарання.

Такий підхід до психічних розладів, що не вважаються хронічними, базується не тільки на сформованій багаторічній традиції вітчизняної пенітенціарної психіатрії. Звільнити від покарання і направити на примусове лікування засудженого з тимчасовим психічним розладом найчастіше об'єктивно неможливо. Процес звільнення і можливого застосування примусових заходів медичного характеру (а це й комісійний психіатричний огляд особи в умовах стаціонару, і судова процедура розгляду справи, і направлення особи до психіатричної установи на примусове лікування, і безпосередньо лікування та його скасування в судовому порядку) найчастіше триває довше, ніж власне захворювання.

Таким чином, тільки хронічний психічний розлад перешкоджає відбуванню покарання, і характеризується він такими ознаками: розлад виникає під час відбування покарання; розлад хронічний (а не тимчасовий); розлад досягає такої глибини, коли хворий не усвідомлює своїх дій (бездіяльність) і (або) не може керувати ними.

Для звільнення від відбування покарання внаслідок психічного розладу досить встановити власне факт захворювання, що має три зазначені ознаки. Не повинні враховуватись тяжкість вчиненого злочину, особистість засудженого, його поведінка під час відбування покарання та інші обставини, що можуть враховуватись під час вирішення питання про звільнення від покарання через "іншу важку хворобу".

Звільнення від відбування покарання через хворобу складається з двох етапів — досудового і судового.

На досудовому етапі психічний розлад встановлюється за допомогою психіатричного огляду засудженого.

Розглянута формула юридичного критерію цілком повторює юридичний критерій неосудності, що не можна визнати вдалим рішенням. Набагато більшою мірою цій ситуації відповідає вказівка на позбавлення засудженого здатності розуміти мету покарання і вимог режиму його відбування. Разом з тим, як і в разі неосудності, формула юридичного критерію великою мірою умовна. Основне її призначення — виявити наявність у особи тяжкого психічного розладу, якому клінічно відповідають психоз і глибоке слабоумство.

Спочатку здійснюється комісійний психіатричний огляд засудженого у стаціонарних умовах психіатричної лікарні (відділення) місця позбавлення волі й складається відповідний акт. Потім матеріали про психічно хворого розглядаються спеціальною медичною комісією органів внутрішніх справ. У її складі не всі лікарі психіатри. Проте саме спеціальна медична комісія приймає остаточне лікарське рішення.

Психіатричний огляд засуджених не є судово-психіатричною експертизою (експертизою у процесуальному розумінні). Він здійснюється на етапі, коли порядок відбування покарання регулюється Кримінально-виконавчим, а не Кримінально-процесуальним кодексом. Тому норми останнього, що регламентують проведення експертиз, на психіатричні огляди засуджених не поширюються.

У разі виявлення у засудженого захворювання першої категорії начальник виправної установи направляє до суду акт психіатричного огляду засудженого, висновок спеціальної медичної комісії та інші необхідні матеріали. Якщо ж спеціальна медична комісія не виявляє такого захворювання, то її голова повідомляє про це засудженому під розписку.

Питання про звільнення від покарання через хворобу ухвалюється постановою судді районного (міського) суду за місцем відбування покарання засудженого незалежно від того, який суд виніс вирок.

Підставою для розгляду справи суддею є подання, яке вноситься до суду начальником установи чи органом, який виконує покарання. Водночас до суду направляються висновок медичної комісії і особиста справа засудженого.

Розгляд справи починається доповіддю судді, після чого він заслуховує осіб, які з'явилися на засідання. Потім суддя виносить ухвалу. При цьому суддя має право прийняти одне з таких рішень: звільнити засудженого від покарання із застосуванням до нього примусових заходів медичного характеру; звільнити засудженого від покарання без застосування до нього примусових заходів медичного характеру; відхилити подання начальника установи, де засуджений відбуває покарання.

Підстави для застосування примусових заходів медичного характеру та їх видів цілком ідентичні тим, що застосовуються до неосудних і осіб, які захворіли на тяжкий психічний розлад після вчинення злочину, але до винесення вироку. У разі незастосування зазначених заходів суддя передає хворого “на піклування родичам або опікунам з обов’язковим лікарським наглядом” (ст. 94 КК України). Процедуру такого передання законом не визначено.



## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ТА РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. *Антонян Ю. М., Бородин С. В.* Преступность и психические аномалии. — М.: Наука, 1987. — 208 с.
2. *Боброва И. Н., Метелица Ю. Л., Шишков С. Н.* Порядок заполнения медицинской документации по судебной психиатрии: Метод. указания. — М., 1981. — 18 с.
3. *Дидковская С. П. и др.* Наркомания: уголовно-правовые и медицинские проблемы. — К.: Выща шк., 1989.
4. *Дмитриев А. С., Клименко Т. В.* Судебная психиатрия: Учеб. пособие. — М.: Профиздат, 1996.
5. *Жариков Н. М., Морозов Г. В., Хритинин Д. Ф.* Судебная психиатрия: Учебник / Под ред. акад. Г. В. Морозова. — М.: ИНФРА-НОРМА, 1997. — 432 с.
6. *Клиническая психиатрия. Руководство для врачей и студентов / Под ред. Т. Б. Дмитриева.* — М., 1998.
7. *Костицкий М. В.* Судебно-психологическая экспертиза. — Львов: Выща шк., 1987.
8. *Котов В. П. и др.* Принудительное лечение психически больных / Под ред. В. П. Котова. — М., 1996.
9. *Кудрявцев И. А.* Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза (научно-практическое руководство). — М.: Изд-во Моск. ун-та, 1999. — 497 с.
10. *Метелица Ю. Л.* Судебно-психиатрическая экспертиза потерпевших. — М.: Юрид. лит., 1990. — 208 с.
11. *МКБ-10: Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике / Под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Цыркина.* — К.: Факт, 1999. — 272 с.
12. *Морозов Г. В., Шуйский Н. Г.* Введение в клиническую психиатрию (пропедевтика в психиатрии). — Н. Новгород: Изд-во НГМА, 1998.
13. *Первомайский В. Б.* Невменяемость. — К., 2000. — 320 с.
14. *Русско-украинский-латинский словарь медицинских терминов (психиатрия, судебная психиатрия) / Т. М. Арсенюк, Г. Л. Воронков и др.* — К., 1993.
15. *Судебная психиатрия: Учебник / Под ред. проф. А. С. Дмитриева, проф. Т. В. Клименко.* — М.: Юрист, 1998. — 408 с.
16. *Судебная психиатрия: Руководство для врачей / Г. В. Морозов, В. П. Белов, И. Н. Боброва и др.; Под ред. Г. В. Морозова.* — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1988. — 400 с.

17. *Судебная психиатрия: Учебник* / Под. ред. Г. В. Морозова. — М.: Юрид. лит., 1990.
18. *Судебная психиатрия: Учебник* / Под. ред. Б. В. Шостаковича. — М.: Зерцало, 1997. — 394 с.
19. *Шостакович Б. В., Ревенок А. Д.* Психиатрическая экспертиза в гражданском процессе. — К.: Здоровья, 1992.
20. *Экспертизы в судебной практике: Учеб. пособие* / В. И. Гончаренко, В. Е. Бергер, Т. В. Варфоломеева и др. — К.: Выща шк.; Изд-во Киевск. ун-та, 1988. — 200 с.

# ЗМІСТ

<i>Вступ</i> .....	3
<b>Розділ 1. Правові та організаційні питання судової психіатрії</b> .....	4
1.1. Предмет і завдання судової психіатрії .....	4
1.2. Підстави призначення і порядок проведення судово-психіатричної експертизи .....	5
1.3. Підготовка матеріалів для судово-психіатричної експертизи .....	10
1.4. Права і обов'язки судово-психіатричного експерта .....	13
1.5. Судово-психіатричний висновок і його оцінка слідчим і судом .....	17
<b>Розділ 2. Судово-психіатрична експертиза у кримінальному та цивільному процесі</b> .....	21
2.1. Судово-психіатрична експертиза підозрюваних і обвинувачених .....	21
2.2. Примусові заходи медичного характеру .....	25
2.3. Судово-психіатрична експертиза свідків і потерпілих ....	30
2.4. Комплексні судово-психіатричні експертизи .....	33
2.5. Судово-психіатрична експертиза в цивільному процесі ...	36
2.6. Судово-психологічна експертиза .....	40
<b>Розділ 3. Клінічна психопатологія</b> .....	45
<b>Розділ 4. Хронічні психічні захворювання</b> .....	50
4.1. Шизофренія .....	50
4.2. Хронічні маячні розлади .....	56
4.3. Маніакально-депресивний психоз .....	58
4.4. Епілепсія .....	61
4.5. Органічні, симптоматичні, психічні розлади .....	67
4.6. Затяжні реактивні психози .....	69
<b>Розділ 5. Слабоумство (недоумство)</b> .....	71
5.1. Набуте слабоумство .....	72
5.2. Вроджене слабоумство .....	74

<b>Розділ 6. Тимчасові розлади психічної діяльності</b> .....	78
6.1. Виняткові стани .....	78
6.2. Тимчасові хворобливі розлади психічної діяльності .....	84
6.3. Шизоафективні розлади .....	93
6.4. Органічні психічні розлади, зокрема симптоматичні .....	95
<b>Розділ 7. Інші розлади психічної діяльності</b> .....	98
7.1. Розлад зрілої особистості й поведінки у дорослих (психопатії) .....	98
7.2. Розлади звичок і потягів .....	107
7.3. Органічні зміни особистості й невротичні розлади .....	115
7.4. Афективні розлади настрою .....	116
7.5. Невротичні соматоформні розлади, пов'язані зі стресом .....	118
7.6. Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин .....	126
<b>Розділ 8. Симуляція і дисимуляція психічних розладів</b> .....	146
<b>Розділ 9. Експертиза неповнолітніх</b> .....	154
9.1. Комплексні експертизи неповнолітніх .....	162
<b>Розділ 10. Пенітенціарна психіатрія</b> .....	165
<b>Список використаної та рекомендованої літератури</b> .....	169

The Manual highlights in detail organizational and legal, as well as scientific and practical foundations of forensic psychiatry; the subject matter, tasks of, and reasons for scheduling a legal and psychiatric examination, rights and duties of a forensic and psychiatric examiner, organizational issues of forensic and psychiatric examination, the ambit of an examiner, legal opinion and its legal evaluation. The diagnostics of mental disorders is represented according to the international classification of mental states MKX-10. It also covers the matter of expert judgment of various mental states occurring with suspects, defendants, witnesses and victims, as well as the issue of cognizance and immunity, limited cognizance, capacity and incapacity. It considers some examples of simulation and dissimulation of mental disorders, problems of examination of minors and the issue of penitentiary psychiatry.

The Manual is intended for students of higher education non-medical institutions, as well for officers and officials of judicial and investigative bodies.

Навчальне видання  
**Жабокрицький Сергій Вікторович**  
**Чуприков Анатолій Павлович**  
**СУДОВА ПСИХІАТРІЯ**  
*Навчальний посібник*

Educational Publication  
**Zhabokrytskyj, Serhiy V.**  
**Chuprykov, Anatoliy P.**  
**FORENSIC PSYCHIATRY**  
Educational Manual

Відповідальний редактор *С. Г. Рогузько*  
Редактор *І. В. Хронюк*  
Коректори: *Л. О. Аврамчук, Т. К. Валицька*  
Комп'ютерне верстання *М. І. Фадєєва*  
Оформлення обкладинки *О. О. Стеценко*

Підп. до друку 28.10.04. Формат 60×84/16. Папір офсетний. Друк офсетний.  
Ум. друк. арк. 10,23. Обл.-вид. арк. 10,44. Тираж 6000 пр. Зам. № 31

Міжрегіональна Академія управління персоналом (МАУП)  
03039 Київ-39, вул. Фрометівська, 2, МАУП

*Свідоцтво про внесення до Державного реєстру  
суб'єктів видавничої справи ДК № 8 від 23.02.2000*

Поліграфічний центр УТОГ  
03038 Київ-38, вул. Нововокзальна, 8

*Свідоцтво КІ № 35 від 02.08.2000*