

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

### по дисциплине «Судебно-психологическая экспертиза»

1 Подэкспертная К., 19 лет, поехала навестить своего жениха, который служил в одной из воинских частей Подмосковья. В ожидании попутного транспорта она познакомилась с четырьмя молодыми людьми, которые вызвались подвезти ее. Под предлогом того, что необходимо немного подождать, пока один из них возьмет из гаража автомобиль, они привели ее в квартиру, где предложили выпить К. бокал шампанского. В спиртное ими было добавлено снотворное, действие которого в сочетании с алкоголем довело К. до беспомощного состояния. Затем двое из них раздели К. и совершили насильственные половые акты, в том числе и в извращенной форме. В процессе изнасилования и до посадки в попутный автотранспорт до Москвы они похитили у потерпевшей все ее деньги. Спустя месяц после возвращения в родной город К. покончила с собой. Предварительное следствие пришло к выводу о наличии причинной связи между содеянным в отношении К. и ее последующим самоубийством, обосновывая это содержанием предсмертного письма К. Судебная коллегия, приняв дело к производству и изучив его, назначила посмертную комплексную судебно-психолого-психиатрическую экспертизу.

ОТВЕТ: Психологический анализ материалов уголовного дела выявил у К. такие индивидуально-психологические особенности, как высокий уровень интеллектуального развития, некоторую скрытность, замкнутость, целеустремленность, склонность глубоко переживать свои неудачи. Ценностно-

смысловая сфера характеризовалась прежде всего незрелостью социальных установок с инфантильными идеализированными представлениями об окружающей действительности, односторонней верой в высокоморальные качества других людей. Эти социальные установки и ожидания отразились на таких особенностях ее характера, как честность, принципиальность, доверчивость. В то же время они реализовывались в ее поведении через повышенную требовательность к себе и окружающим, негибкость поведения с прямолинейностью и бескомпромиссностью. К. отличалась выраженной просоциальной направленностью, ее актуальные жизненные замыслы были связаны с желанием стать врачом, помогать людям. Реализации жизненных замыслов, планов способствовали такие ее особенности, как отзывчивость, готовность всегда прийти на помощь, высокое чувство ответственности, долга, добросовестность, трудолюбие. Кроме того, К. собиралась выйти замуж, и у нее были сильно развиты представления о женской «чистоте», чести.

В силу указанных индивидуально-психологических особенностей К., ситуация изнасилования оказалась субъективно высоко значимой для нее, носившей выраженный психотравмирующий характер, глубоко унизившей и оскорбившей ее чувство собственного достоинства и чести. Непосредственно после изнасилования К. испытала чувство глубокого потрясения, говорила, что «не переживет изнасилования», «была очень взволнованна». Случившееся оказало блокирующее влияние на все ведущие ценностно-смысловые линии, социальные установки К.: оказались субъективно разрушенными ее идеализированные представления об окружающей действительности, социальные стереотипы восприятия других людей, следствием чего стали потеря веры в людей, разочарование в них, ощущение бессмысленности жизни, ее «пустоты»; сложилось субъективное ощущение невозможности реализации основных жизненных планов - стала думать, что не сможет работать медиком, не хотела продолжать учебу в медучилище, возникло чувство потери «цели» жизни; разрушились и ее представления о женской чести,

«чистоте» - она стала ощущать себя «грязной», говорила, что «не представляет, как до нее теперь сможет дотронуться мужчина», стала думать, что не сможет выйти замуж.

В этот период у К. развилось депрессивное состояние, о глубине которого свидетельствовали снижение фона настроения с выраженными эмоциональными переживаниями, чувством «опозоренности», непонятости; наличие суицидальных мыслей; явления эмоциональной отгороженности, обособленности, стремление к уединению, заторможенность; изменения характера с появлением ранее несвойственных ей черт личности - вспыльчивости, резкости, обидчивости и ранимости. Такие особенности К., как психическая негибкость, повышенная требовательность к себе и окружающим, прямолинейность, бескомпромиссность, скрытность, замкнутость, препятствовали адекватной переработке внутреннего

конфликта, поиску и нахождению конструктивных путей выхода из сложившейся ситуации и преодолению психологического кризиса в целом.

Экспертная комиссия пришла к выводу, что описанное психическое состояние К. было вызвано психотравмирующим воздействием ситуации ее изнасилования, т.е. находилось в прямой причинно-следственной связи с действиями обвиняемых.

2 Девушка 16 лет была изнасилована группой подростков, и впоследствии у нее развилось депрессивное состояние непсихотического уровня со стойкими суицидальными мыслями, ощущением непереносимости сложившейся ситуации, что привело ее к попытке самоубийства путем отравления.

ОТВЕТ: среди причин развития данного психического состояния можно назвать и ее личностные особенности в виде повышенной ранимости, уязвимости, устойчивых ценностных представлений о женской чести. В то же время клинико- психологическое исследование показало, что ее депрессивное состояние усугубилось в результате субъективно непереносимых для нее допросов в качестве потерпевшей, а также из-за неправильного поведения ее матери, занявшей не сочувствующую, а осуждающую дочь позицию. Ясно, что в таком случае факт группового изнасилования не выступает в качестве единственной причины, а является одним (хотя и основным) из факторов, обусловивших возникновение психического состояния, приведшего к попытке самоубийства.

В других случаях, при квалификации психического состояния подэкспертного как психотического, основной причиной самоубийства могут быть, к примеру, психопатологические бредовые мотивы, а внешние воздействия могут находиться, а могут и не находиться в причинной связи с возникновением и развитием такого состояния. Поэтому более корректным, а главное - отвечающим задачам суда или следствия - является формулировка вопроса о наличии причинной зависимости психического состояния подэкспертного, предшествовавшего самоубийству, от действий обвиняемого. Следует отметить, что конечное установление такой связи является прерогативой суда, поэтому эксперты не могут говорить об отсутствии искомой причинной зависимости, их ответы ограничиваются двумя вариантами: либо в заключении делается вывод о наличии причинно-следственной связи между действиями обвиняемых и пресуицидальным психическим состоянием подэкспертного лица, либо мотивированно указывается на невозможность ее установления.

3 Больной Н., 76 лет.

из анамнеза: наследственность не отягощена. Имеет среднее техническое образование, работал на заводе мастером. С работой справлялся, пользовался уважением сотрудников. Больной проживал один в Подмоскowie в собственном доме. Ухаживала за ним жена его племянника, проживавшая с ним по соседству. Сын со своей семьей жил на Севере и навещал отца только в отпускное время. С 65 лет Н. на пенсии.

Физически всегда был крепким, болел мало. Дома был активным, занимался домашним хозяйством, самостоятельно себя обслуживал, ходил в магазины. Заболел 5 лет назад, стал раздражительным, суетливым, вмешивался во все дела, ругался с окружающими. Позже стал заявлять, что все его обкрадывают, забирают его вещи. Последнее время стал беспокойным, бестолковым, плохо соображал, перестал справляться с домашними делами, стал все забывать. Выйдя из дома, не знал, куда идти. Часто пропадал, так как, уходя из дома, блуждал, не зная, где находится дом. Возвращался домой милицией. Стал неряшливым, прожорливым. В связи с ухудшением общего состояния больного он был стационарирован в психиатрическую больницу. Об этом был поставлен в известность его сын. Прибыв в Москву, сын сообщил, что видел отца около 1,5 лет тому назад. Его психическое состояние тогда было относительно благополучным, не считая повышенной раздражительности и забывчивости. Родственники сообщали, что его состояние оставалось практически таким же. По приезде сын выяснил, что отец год назад оформил завещание на имя племянника на владение домом после его смерти. Сын больного направил заявление в суд о признании больного недееспособным, а завещания недействительным. По решению суда больной был направлен на амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу. Сложность этого случая состоит в том, что речь идет о ретроспективной оценке психического состояния в период оформления завещания. Полученные косвенные данные указывали на то, что у больного в тот период времени уже имелись выраженные психические расстройства, нестойкие идеи ущерба, явные интеллектуально-мнестические нарушения. Судебно-психиатрическая комиссия пришла к заключению, что больной страдает старческим слабоумием. В период времени, относящийся к оформлению завещания, у него отмечены клинические проявления, характерные для выраженного слабоумия, что исключало возможность больного понимать значение своих действий и руководить ими.

Психический статус: больной не ориентируется в окружающей обстановке, не знает, куда и зачем пришел, не может назвать текущей даты, домашнего адреса, своего возраста. Интеллект резко снижен: плохо осмысливает задаваемые вопросы, отвечает только на самые простые вопросы, затрудняется в счете, не может объяснить смысла распространенных пословиц и поговорок, не может назвать имени сына, называет его своим братом. Если видит кого-либо улыбающимся, тоже начинает улыбаться. Не может запомнить имени врача, через час после завтрака не может сообщить, что он ел.

Вопросы: 1. Определите сохраненные и нарушенные психические функции. 2.

Выставьте предположительный диагноз.

4        Обследуемый Ш., 35 лет, разнорабочий, обвиняется в убийстве тещи и тестя и нанесении телесных повреждений жене.

Из анамнеза: с 11 лет Ш. страдает большими судорожными припадками, возникающими ежемесячно, иногда по несколько раз в день. За 4 года до совершения правонарушения Ш. помещали в психиатрическую больницу в связи с неправильным поведением после припадков: бесцельно бегал, пытался совершить половой акт с коровой, говорил, что пища отравлена, что правление колхоза собралось, чтобы его отравить, залезал на крышу и кричал: «Спасайте!»

Указанные состояния врачи расценивали как сумеречные. Последние 2 года Ш. злоупотреблял алкоголем; стал более раздражительным, возбудимым. В состоянии опьянения бывал особенно придиричивым и назойливым, в связи с чем родственники его часто связывали. Впоследствии о своем поведении не помнил.

В день правонарушения около 9 часов утра выпил 200 г вина, работал по хозяйству. В 14 часов за обедом выпил еще 100 г вина, некоторое время спокойно

разговаривал, затем вдруг помрачнел, начал придирается к жене. После замечания тещи о его пьянстве бросил в нее тарелку, начал браниться, разорвал платье на жене. Родственники его связали и уложили в летней кухне. Он успокоился и уснул. Около 17 часов Ш. самостоятельно развязал опутывавшие его веревки, порезал ножом перину и подушку. Вскоре в кухню вошла жена. Неожиданно Ш. молча нанес ей два удара ножом в спину и шею и выбежал вслед за ней из кухни. На улице подбежал к теще, несколько раз ударил ее ножом, та упала. На подбежавшего к нему соседа Ш. тоже замахнулся ножом.

На обращение к нему и попытку успокоить Ш. не реагировал; «вид у него был страшный». Соседу удалось отобрать у него нож. Тогда Ш. побежал домой, схватил в летней кухне другой нож и быстрыми шагами направился в соседний дом. Здесь спросил, где его жена, и опять побежал на улицу. Там подбежал к лежавшей на земле раненой теще и, несмотря на ее мольбы не убивать ее, нанес еще несколько ударов ножом. Оказавшегося рядом тестя тоже ударил несколько раз ножом в грудь и живот, а когда тот упал, перевернул его вверх лицом и перерезал ему шею. Затем, сидя верхом на трупе, продолжал наносить ему удары. Ш. едва оторвали от убитого и отобрали нож. Ш. вернулся к себе во двор, лег вниз лицом на кучу мусора и уснул. Через 50 мин после приезда участкового инспектора Ш. разбудили и назвали по имени. Он вскочил и бросился на инспектора. Взгляд у Ш. был блуждающий, его связали. По пути в отделение милиции Ш. молчал. В отделении милиции «как-то дико и удивленно смотрел», не понимал, где он находится. На расспросы отвечал: «Я ничего не знаю». О случившемся не помнил.

Развитие у Ш. возбуждения через некоторое время после приема алкоголя и в связи с внешним поводом (неприятное замечание), участие психогенных сосентов (направленность агрессии в основном против «обидчиков» на втором этапе возбуждения — после сна) затрудняют квалификацию его психического состояния. Однако указанные моменты не противоречат картине спровоцированного приемом алкоголя сумеречного помрачения сознания с нарушением ориентировки и осмысления обстановки, автоматизированными действиями с бессмысленно-жестоким агрессивным поведением. Последующий глубокий сон, сменившийся оглушенностью, амнезия содеянного также подтверждают сумеречное помрачение сознания у Ш.

Заключение: Ш. страдает эпилепсией. Противоправные действия были совершены в состоянии сумеречного помрачения сознания; невменяем.

Вопросы: 1. Какова роль клинического психолога при проведении судебно- психологической экспертизы у данного пациента? 2. Какова должна быть тактика клинического психолога в данной клинической ситуации?

5      Обследуемый И., 30 лет, шофер такси, обвиняется в совершении наезда на двух пешеходов.

Из анамнеза: за 2 года до этого во время ночного сна эпизодически начали возникать большие судорожные припадки, по поводу которых не лечился. В ночь перед правонарушением был развернутый припадок, сопровождавшийся прикусом языка. Утром И. приступил к работе. Через 15 мин после выезда на знакомую трассу в неосложненной обстановке без помех на дороге заехал на середину улицы и, следуя по осевой линии с неизменной скоростью 50— 60 км/ч, не применяя

торможения, сбил гражданку, которую, по показаниям свидетелей, легко можно было объехать. Проехав также по прямой еще 400 м и, продолжая движение при красном сигнале светофора, И. совершил на пешеходном переходе наезд на вторую женщину, после чего продолжал двигаться с прежней скоростью вблизи осевой линии. И. чуть не столкнулся на

перекрестке с троллейбусом, водитель которого был вынужден резко затормозить. Вскоре И. остановил машину по знаку инспектора ГАИ. Выйдя из машины, он, по показаниям свидетелей, был каким-то странным и растерянным, не мог объяснить причину повреждений на своей машине, был бледен. Спустя 2 часа при медицинском освидетельствовании у И. на языке были обнаружены следы недавнего прикуса. И. был заторможен, вял, монотонен, жаловался на головную боль, говорил тихо, замедленно, без модуляций. Проба на алкоголь отрицательная. При осмотре врачом и на последующих повторных допросах в тот же день не помнил о содеянном.

При обследовании не помнил не только о совершенных наездах, но и о последующих событиях в день правонарушения: осмотре врачом, повторном допросе следователем. О состоянии измененного сознания в моменты наездов свидетельствовала и оглушенность, наблюдавшаяся в течение нескольких часов после правонарушения. Это подтверждается фрагментарностью воспоминаний о событиях, последовавших за правонарушением.

Заключение: И. страдает эпилепсией, совершил противоправные действия в состоянии амбулаторного автоматизма с нарушением сознания (отсутствие реакции на дорожную обстановку) при сохранности автоматизированных действий (удерживал руль в одном положении); невменяем. Вопросы: 1. Какова роль клинического психолога при проведении судебно-психологической экспертизы у данного пациента?

2. Какова должна быть тактика клинического психолога в данной клинической ситуации?

6 Обследуемый Б., 38 лет, обвиняется в совершении хулиганских действий.

Из анамнеза: с ранних лет у Б. по несколько раз в год наблюдались состояния измененного сознания: во время беседы иногда «начинал произносить не те слова», несколько раз оказывался в неожиданном для себя месте. Большие судорожные припадки появились в возрасте 32 лет, возникали обычно по ночам, один раз в несколько месяцев. Лечился амбулаторно противосудорожными средствами. Из-за болезни не женился, проживал вдвоем с матерью. Работал преподавателем математики в вечерней школе. За последние 6 лет сменил несколько мест работы, так как всюду замечал недружелюбное, по его мнению, отношение к себе.

По показаниям свидетелей, отличался замкнутостью, редко разговаривал с сослуживцами, праздничных вечеров не посещал, постоянно чего-то боялся. В класс Б. входил нерешительно; если получал зарплату в вечернее время, то оставлял ее у завхоза. Несколько раз на работе вел себя странно: начинал невнятно бормотать, смеялся без причины, пританцовывал, размахивал руками, взгляд был блуждающим.

Последний раз подобное состояние наблюдалось за 3 дня до правонарушения. В день правонарушения после незначительного проступка ученика внезапно сильно разволновался, начал кричать, браниться, обвинять учеников и администрацию в предвзятом к себе отношении, допустил бестактные, оскорбительные высказывания, в связи с чем был привлечен к уголовной ответственности. Дома рассказал матери, что на работе против него «опять организовали козни», хотят избавиться, специально придираются, восстанавливают против него учеников. Был

направлен на судебно- психиатрическую экспертизу. Стационарной экспертной комиссией был признан вменяемым.

При повторной экспертизе угрюм, держится в стороне от больных. Рассказал врачам, что после того, как в течение 6 лет не мог добиться желаемой работы, пришел к выводу о царящей вокруг несправедливости, писал много жалоб в различные инстанции. На последнем месте работы постоянно ожидал «каверз», избегал праздничных вечеров,

«чтобы не могли обвинить в пьянстве», опасался за свою жизнь, считал, что его могут

убить. Убежден, что его нарочно притесняли, умышленно создавали неблагоприятные условия для работы, чтобы он не справился со своими обязанностями и его могли бы уволить. Думает, что сослуживцы вели против него «подрывную деятельность с учениками», так как однажды ученик предложил ему решить задачу «про гвозди». Расценивает это как доказательство осведомленности учеников в том, что ему в коллективе «вставляли гвозди». Считает, что следствие ведется неправомерно, свидетели на него «наговаривают», так как у директора много знакомств.

Мышление обследуемого несколько обстоятельное, речь замедлена, память снижена. Интересы сосредоточены на своем здоровье и узком круге личных потребностей. Эмоционально неустойчив, раздражителен, злопамятен. О матери отзывается холодно, привязанности ни к кому не испытывает. Критические способности снижены.

Диагноз: эпилепсия с редкими судорожными припадками, эпизодами нарушенного сознания и резко выраженными изменениями личности. В данном случае переплелись трудные для разграничения эпилептические изменения личности (эгоцентризм, эмоциональная ригидность, недоверчивость, настороженность, злопамятность) с паранойяльными бредовыми идеями отношения, преследования, сутяжничества, болезненно искаженной интерпретацией реальных фактов со склонностью к генерализации. Сочетание указанных расстройств, сопровождаемых отсутствием к ним критики, несмотря на незначительность интеллектуально- мнестических нарушений, обусловило выраженные изменения психики.

Заключение: Б. страдает эпилепсией с выраженными изменениями личности и паранойяльным бредом; невменяем.

Вопросы: 1. Какова роль клинического психолога при проведении судебно- психологической экспертизы у данного пациента? 2. Какова должна быть тактика клинического психолога в данной клинической ситуации?

7 Обследуемый С., 29 лет, обвиняется в нанесении тяжких телесных повреждений своему отцу, от которых пострадавший скончался.

Из анамнеза: С. окончил 10 классов средней школы, затем учился на курсах плановиков и одновременно работал в должности инженера-экономиста. По характеру впечатлительный, чувствительный, деликатный. Женат, отношения с женой хорошие, несмотря на сложную ситуацию в семье. Отец обследуемого злоупотреблял алкоголем, в состоянии опьянения избивал свою жену. В последнее время С. заканчивал курсы, много работал, очень уставал из-за бессонных ночей, так как отец ежедневно приходил домой пьяный, устраивал скандалы.

В день происшествия отец пришел поздно в нетрезвом состоянии, скандалил с матерью, требовал, чтобы она за что-то просила у него прощения, нецензурно бранился, всячески оскорблял мать, бил ее кулаками по голове. С., лежа за занавеской, напряженно прислушивался, а скандал все

разгорался. Отец, схватив со стола сапожный молоток, стал угрожать им матери. Она громко закричала, после чего проснулся и заплакал маленький сын обследуемого. Крик сына «подействовал, как сирена», вызвал страшный гнев. Вскочив с кровати, С. бросился в комнату родителей, подбежал к отцу, который набросился на него с молотком. В глазах потемнело, видел только искаженное лицо ребенка, оно то приближалось, увеличиваясь, то куда-то проваливалось, чувствовал, как его «обволакивает туман». Что произошло в дальнейшем, не помнит. Очнулся «комнате родителей, ощущая при этом резкую слабость, разбитость, сонливость. Был потрясен, узнав от жены о случившемся. Превозмогая усталость, пытался оказать отцу помощь, но, не дождавшись врачей, уснул.

Из материалов дела известно, что, когда мать обследуемого позвала на помощь и одновременно заплакал ребенок, С. вскочил с кровати и стремительно бросился к отцу, который замахнулся на него молотком. Когда жена С. выбежала из-за занавески, она увидела в руках у мужа молоток. С. стоял, наклонившись над отцом, лежавшем в луже крови на полу. Он был очень бледен, дрожал всем телом. На вопросы жены не реагировал, «глаза его были какие-то остекленевшие, остановившиеся», «он смотрел и ничего не видел», продолжая методично наносить отцу удары по голове. Когда жена вырвала молоток из рук С. и громко закричала, назвав его по имени, он как бы пришел в себя и с удивлением посмотрел на окровавленного отца. При этом был растерян, куда-то порывался идти, вдруг «замер, остановился как вкопанный». Затем подошел к отцу, нагнулся над ним, тут же как-то боком прислонился к стулу и моментально заснул. Окружающие положили его на кровать, но он не просыпался, продолжал спать и в тот момент, когда мимо него на носилках несли отца. Отец был доставлен в больницу в бессознательном состоянии с множественными переломами костей черепа и повреждением мозгового вещества.

При обследовании: патологических отклонений внутренних органов нет.

Отмечаются явления вегетативной дисфункции.

Обследуемый в ясном сознании. Во время беседы держится просто, естественно. Подробно рассказывает об обстоятельствах, предшествовавших правонарушению. Помнит, как отец замахнулся на него молотком. Сам момент убийства вспомнить не может, даже приблизительно не смог установить, сколько времени длилось возникшее у него состояние. Угнетен случившимся, тяжело переживает смерть отца.

Заключение: С. хроническим психическим заболеванием не страдает, имеются признаки вегетососудистой недостаточности. Момент правонарушения находился в состоянии временного болезненного расстройства психической деятельности в форме патологического аффекта; в отношении инкриминируемого деяния невменяем. Кратковременное психотическое состояние в данном случае развилось как реакция на аффективное раздражение на фоне астении, обусловленной действием временно ослабляющих факторов (переутомление, бессонница) при постоянно свойственных С. явлениям вегетососудистой дистонии.

Вопросы: 1. Какова роль клинического психолога при проведении судебно- психологической экспертизы у данного пациента? 2. Какова должна быть тактика клинического психолога в данной клинической ситуации?

8        Обследуемый П., 35 лет, обвиняется в убийстве жены.

Из анамнеза: рос и развивался правильно, окончил 4 класса средней школы, работал в колхозе. Участвовал в войне в Афганистане. В возрасте 20 лет перенес контузию с кратковременной

потерей сознания. Работал лесорубом. По характеру всегда был веселым, жизнерадостным и общительным. В 22 года перенес операцию по поводу язвы желудка; после операции стал раздражительным, замкнутым. Начал работать ночным сторожем в пекарне. Алкогольные напитки переносил плохо, пьянел от небольших количеств алкоголя; в состоянии опьянения быстро засыпал. Всегда спал очень крепко, испытывал повышенную потребность в сне. При недосыпании чувствовал разбитость, непреодолимую сонливость.

В день правонарушения ужинал вместе с женой, выпил около 300 г водки. В тот вечер был расстроен, так как жена отказалась поехать вместе с ним к родителям. Около 22 часов ушел на ночное дежурство. Во время дежурства замерз, «продрог», несколько раз приходил домой, но согреться не мог. Чувствовал себя усталым, разбитым. Не дождавшись сменщика, раньше времени ушел домой; сразу же лег в постель и тут же уснул. Помнит, что ему приснился страшный сон. Снилось, что поломали пекарню,

разбили там все окна. В проеме разбитого окна увидел фигуру в белом, которая приближалась к нему, вытянув вперед руку, слышал плач ребенка, крики о помощи. Спасаясь, пытался бежать, но этот человек все время оказывался рядом, в страхе ударил его топором. О последующих событиях ничего не помнит. Проснулся «от какого-то толчка», услышал стук в дверь, по привычке зажег свет, открыл входную дверь. Увидев людей около дома, «почувствовал что-то неладное», только после этого заметил в углу комнаты труп жены, кровь на полу, очень испугался, не мог понять, что произошло.

Из материалов дела известно, что П. пришел с дежурства в 4 часа, лег спать на кровать, где спал грудной ребенок. В этой же комнате спали жена обследуемого, 5-летняя дочь и родственница. Около 6 часов П. внезапно вскочил с кровати, стал метаться по комнате, что-то бормотал. Как показывает родственница, при этом вид У него был растерянный, он был бледен, дрожал, повторял одно и то же: «Окна бьют, ломают пекарню». Родственница разбудила жену, которая тут же поднялась, а сама, схватив грудного ребенка, выбежала из дома, чтобы позвать на помощь.

Свидетелем дальнейших событий является только 5-летняя дочь П., которая показала, что, когда мать подбежала к отцу, он молча схватил топор, стоявший у печки, и «стал рубить маму». Девочка звала на помощь, но рядом никого не было. Она закрыла голову подушкой и больше ничего не слышала. Пришедшие через 15 мин соседи увидели на полу труп жены П., а на ее кровати поперек на спине лицом вверх с полусогнутыми ногами лежал П. Между колен у него была зажата отрубленная рука жены. На оклики окружающих он не отзывался. Соседи вынесли девочку и закрыли дом.

Свидетели, стоявшие у окна, сообщают, что через 15-20 мин сосед снова постучал в дверь. П. поднялся с кровати, зажег свет, открыл дверь; при этом он с недоумением озирался по сторонам. Увидев на полу труп жены, П. бросился к ней, плакал.

При судебно-медицинском освидетельствовании трупа женщины установлено, что голова держится на узкой полоске кожи, на ней имеется глубокая рубленая рана. Позвоночник в области шеи разрушен на 3 части. Передняя поверхность грудной клетки до V ребра представляет собой одну зияющую рану, левая рука изрублена на мелкие куски, правая рука отрублена от туловища в области плечевого сустава.

При обследовании испытуемого отклонений внутренних органов от нормы не установлено. По средней линии живота послеоперационный рубец. Зрачки равномерны, правильной формы, реакция на свет живая. Правая носогубная складка слегка сглажена, язык при высывании отклоняется влево. Сухожильные рефлексы живые, равномерные. Патологических рефлексов нет.

В первое время П. был тосклив, подавлен, почти не отвечал на вопросы. В дальнейшем стал доступным, подробно сообщает анамнестические сведения; прерывая свою речь слезами, рассказывает о своем сновидении. О реальных событиях, относящихся к этому периоду, не помнит, очнулся лишь тогда, когда постучали в дверь.

У П. в момент совершения убийства возникло типичное патологическое просоночное состояние с болезненно искаженным восприятием окружающего после спонтанного, но неполного пробуждения от глубокого сна. Яркие устрашающие сновидения продолжались после того, как моторные функции освободились от сонного торможения. Отдельные отрывочные высказывания указывали на связь патологических переживаний со сновидениями и раскрывали их содержание. Реальные события — фигура проснувшейся жены, плач ребенка, крики о помощи — вплетались в созданную сновидением ситуацию. Продолжавшиеся сновидения сопровождалась

тревогой, страхом. Действия обследуемого были связаны с патологическими переживаниями, носили характер автоматизмов с бессмысленной агрессией, о чем свидетельствует множество ударов, нанесенных в одно место. Возбуждение сменилось глубоким сном с последующей полной амнезией реальных событий при сохранности воспоминаний, касающихся сновидения.

Заключение: обследуемый П. хроническим психическим заболеванием не страдает. Во время общественно опасного действия находился в состоянии временного болезненного расстройства психической деятельности в форме патологического просоночного состояния; в отношении инкриминируемого деяния невменяем. Вопросы: 1. Какова роль клинического психолога при проведении судебно-психологической экспертизы у данного пациента? 2. Какова должна быть тактика клинического психолога в данной клинической ситуации?

9 Больной А., 59 лет.

Из анамнеза: наследственность психическими заболеваниями не отягощена. В росте и развитии от сверстников не отставал. По характеру отличался общительностью, стремлением к лидерству, был инициативным. В школу поступил с 8 лет. Учился хорошо, отмечались способности к учебе, музыке. В 1941 году окончил 10 классов и ушел на фронт. После демобилизации в 1945 году окончил цирковое училище, затем 25 лет работал воздушным гимнастом в цирке, выезжал за рубеж. В течение 25 лет был в близких отношениях с одной женщиной, был очень привязан к ней, тяжело переживал ее смерть. Имел случайные половые связи. О времени заражения сифилисом точных сведений нет. В 52 года характер его заметно изменился. Стал холодно относиться к матери, хотя раньше был к ней очень привязан, стал эгоистичным, раздражительным, отмечал частые головные боли, повышенную утомляемость, плохо спал ночью. За год до стационарирования (58 лет) выехал в командировку, где поссорился с сослуживцами, после чего был стационарирован в больницу. Подробных сведений нет. Вернулся из командировки раньше срока. Был вялым, плаксивым, выглядел изменившимся, похудел. Речь была смазанной, временами производил впечатление пьяного человека, в дальнейшем речевые расстройства усилились. Не мог читать. Стал жаловаться на постоянные головные боли, сильную потливость. С трудом вспоминал события текущего дня при относительной сохранности памяти на события, имевшие место в прошлом. Заболевание прогрессировало. Стал очень благодушным и плаксивым. Задавал нелепые вопросы, не всегда понимал смысл задаваемых вопросов. Отвечал не по существу. На улице его принимали за пьяного. Брал чужие вещи, которым не находил применения. Не узнавал близких, стал неряшливым. Непосредственно перед стационарированием ушел из квартиры. После драки на улице был доставлен в милицию, при задержании оказывал сопротивление милиции, производил

впечатление пьяного. Не узнавал сестру, не понимал, где находится. Утверждал, что он выдающийся полководец. В таком состоянии был госпитализирован в психиатрическую больницу.

Психическое состояние: больной неряшлив, походка неуверенная, пошатывается, суетлив, что-то постоянно шепчет. Понимает, что находится в больнице. Правильно называет год, но не может назвать месяца и числа. Речь громкая, дизартричная. Не дожидаясь обращения к нему, говорит спонтанно, многословен и многоречив. Словарный запас несколько ограничен. Речь аграмматична. На вопросы отвечает в целом правильно, но не сразу и только если удастся привлечь его внимание. Не может прочитать предложенный ему текст. Свою фамилию пишет с большим трудом и с ошибками. Говорит, что он выдающийся полководец. Рассказывает, что воевал в

Китае, Америке и Японии. Просит врача принести его документы. Отвлекаем. Хорошо вспоминает события, имевшие место в про, шлом. Недавние события помнит плохо. Отмечается неустойчивость аффекта, который изменяется в зависимости от содержания высказываемого. То благодушно эйфоричен, то тосклив и слезлив. За время пребывания в клинике отмечались состояния двигательного возбуждения: был суетливым, кого-то искал. Во время этих эпизодов отмечалась дезориентировка в месте и времени. Критическое отношение к своему состоянию отсутствует. К судьбе своей безразличен.

Неврологическое состояние: зрачки неравномерные, реакция на свет вялая. Отмечается ослабление конвергенции, сглаженность правой носогубной складки. При закрытых глазах отмечается дрожание век. Коленные рефлексы повышены. Пошатывается в позе Ромберга.

Лабораторные данные: реакция Вассермана в крови положительная (4+). Спинно-мозговая жидкость: реакции Нонне-Аппельда, Панди, Вейхбротта положительные, Вассермана — 4+. Цитоз 35/3. Белок 9,9 г/л. Реакция Ланге — 777766432211.

Диагноз: прогрессивный паралич, экспансивная форма.

Заключением судебно-психиатрической экспертной комиссии признан невменяемым.

Доказательством сифилической этиологии прогрессивного паралича являются как клинические, так и лабораторные данные. Впервые бледные спирохеты обнаружены в мозге больных прогрессивным параличом Х. Ногуши в 1913г. Однако, как уже указывалось, заболевают этой болезнью только 1—1,5% из заболевших сифилисом. Для возникновения прогрессивного паралича, помимо наличия бледных спирохет в организме, необходим ряд дополнительных патогенных факторов, значение которых до сих пор неясно. Принято считать, что среди внешних неблагоприятных факторов большая роль принадлежит алкоголю, черепно-мозговым травмам и другим факторам, ослабляющим устойчивость организма к инфекциям. Однако все эти доводы не подтверждены.

Вопросы: 1. Какова роль клинического психолога при проведении судебно- психологической экспертизы у данного пациента? 2. Какова должна быть тактика клинического психолога в данной клинической ситуации?

10 Больной Б., учащийся ОПТУ, 15 лет.

Из анамнеза: отец злоупотребляет алкоголем. Раннее развитие без особенностей. Вырос в многодетной семье, два старших брата находились в местах лишения свободы. Дома часто бывали скандалы на почве пьянства отца. В школу пошел своевременно, учился слабо, по характеру отличался обидчивостью, часто дрался по пустякам. С 4-го класса состоит на учете в милиции, так

как был задержан с самопалом, из которого произвел несколько выстрелов. Иноща уходил из дома, ночевал у друзей. В школе конфликтовал с учителями, был замечен в употреблении алкоголя, курил. Поступил в СПТУ, решив, что школа — «не для него». Там познакомился с группой ребят, которые рассказали ему об эффекте, достигаемом ингаляцией паров растворителя «646».

По примеру «опытных» товарищей намочил ватку растворителем, положил в пакет и произвел несколько глубоких вдохов. Спустя короткое время почувствовал головокружение, слабость, которые длились около 30 мин. В дальнейшем, на протяжении 2 месяцев, имели место единичные наркотизации. На 4-5-й ингаляции опьянение сопровождалось эйфорией, усилением яркости красок окружающих предметов, шумом в ушах, головокружением. «Было легко и приятно». После того как

в СПТУ он был обнаружен в состоянии опьянения после ингаляции растворителем и был направлен на лечение в наркологический диспансер, решил прекратить употребление паров растворителя. Но спустя месяц, после конфликта с учителем решил «назло им всем надыхаться». Очень быстро перешел на одиночное употребление ингалянта — «посторонние мешают». Частота ингаляций в течение 3 месяцев увеличилась с 2-3 раз в неделю до ежедневного приема ингалянта. За этот же срок толерантность увеличилась вдвое. На день с трудом хватало одной бутылки растворителя. С нетерпением ждал наступления эйфории. «Так приятно было расслабиться, все казалось легким, веселым». Многократно испытывал зрительные галлюцинации в виде ярких цветов на стене, слышал звон колокольчиков. В дальнейшем дважды воздерживался от приема ингалянта. Первый раз — дома летом около 20 дней, но «очень тянуло». Пробовал дышать бензином, но «не понравилось». Второй раз — после лекции врача-нарколога. «Тогда испугался, что стану неполноценным». Воздерживался около двух недель, затем вновь продолжил ингаляции. В ноябре влечение к растворителю «646» приобрело неодолимый характер, пытался бросить, но не мог. Практически полностью забросил учебу, пропадал по нескольку дней. Был обнаружен работниками милиции в подвале заброшенного дома в состоянии опьянения, рядом находилась бутылка из-под растворителя «646» и пакет.

Соматическое состояние: в стационар поступил на вторые сутки после того, как был задержан работниками милиции.

Было отмечено: выраженная тахикардия, кожа бледная, тургор снижен, в окружности рта следы шелушения. Питание понижено, физическое развитие соответствует возрасту. Пульс 102 удара в минуту, гипотония А/Д 90/60 мм ртутного столба.

Жаловался на головную боль, слабость. Первые 2-3 дня ел плохо, ссылаясь на отсутствие аппетита. На 4-й день аппетит нормализовался. Спустя неделю соматические жалобы исчезли, лишь изредка жаловался на головную боль. Динамика пульса и артериального давления: 1-3 суток спустя — 102-96 удара в минуту; А/Д- 90/60-100/65 мм ртутного столба; на 4-6-е сутки — 90-70 ударов в минуту; 100/60- 110/70 мм ртутного столба. Нервная система: при поступлении отмечается спонтанный нистагм, пошатывание в позе Ромберга; легкий мышечный тремор, повышение сухожильных рефлексов. Координаторные пробы выполняет не всегда точно. Имеет место красный стойкий дермографизм, гипергидроз кистей и стоп. Данные симптомы при повторных обследованиях в период курации: к концу третьих суток интенсивность проявлений неврологической симптоматики значительно ослабла. Сохранялись жалобы на головную боль, головокружение, повышенную потливость, отмечается красный дермографизм, снижение брюшных рефлексов. К концу первой недели продолжают сохраняться гипергидроз дистальных отделов конечностей, нистагм. По истечении трех недель данные симптомы не исчезли. Жаловался на плохую переносимость бани — кружилась голова, подташнивало.

Психическое состояние: при поступлении: несколько суетлив, неусидчив. Отвечает по существу задаваемых вопросов, но не всегда точно, не мог назвать текущей даты. Расстройств восприятия не выявлено.

В стационаре первые два дня ничем не выделялся среди других больных, много спал. По вечерам жаловался на головные боли, просил у медицинского персонала лекарства. На 3-й день обратился с просьбой о выписке, мотивируя тем, что у него дома «много дел». Стал раздражительным, на замечания персонала реагировал грубыми выпадами. На исходе первой недели его застали в бытовой комнате, когда нюхал мастику для паркета. На замечание последовала бурная реакция с требованиями отправить его домой. После беседы с врачом несколько успокоился, рассказал, что

испытывает влечение к наркотическим ингалянтам. К концу второй недели поведение стало упорядоченным. Много рассказал о себе. Говорил, что тяга к наркотизации почти исчезла, но как только вспомнит или услышит от кого-то об ингалянтах, то вновь возникает желание «надышаться».

Школьные знания, запас общеобразовательных сведений весьма скудный. Из увлечений отмечал, что ранее занимался боксом, но затем бросил. Расстройств мышления не выявлено.

На протяжении всего срока нахождения в отделении отмечались эмоциональная лабильность, расстройство внимания, повышенная Утомляемость, колебания настроения. Периодически жаловался на головные боли, беспокойный сон.

Как видно из приведенной истории болезни, неблагополучный микросоциум (алкоголизация отца, скандалы в семье, кри минальный опыт старших братьев) наряду с преморбидными особенностями личности явились условиями, способствующими началу ингаляций растворителем.

Особенностью данного наблюдения является, с одной стороны, быстрое формирование токсикомании, с другой — резкое заострение преморбидных особенностей характера. В течение 1,5-2 месяцев развивается психическая зависимость. Физическая зависимость в основном представлена компульсивным влечением. Как таковой абстинентный синдром больше напоминает фазу остаточных нарушений острой интоксикации растворителем «646» или последствия хронического отравления данным ингалянтом. Соматический компонент представлен слабостью, головокружением, головной болью, колебанием пульса, А/Д. Неврологический компонент — легким тремором пальцев рук, гипергидрозом дистальных отделов конечностей. Со стороны психической сферы ведущим является формирующийся психоорганический синдром, складывающийся из астенических проявлений (слабость, эмоциональная лабильность, психическая истощаемость).

Таким образом, диагностика ингаляционной токсикомании II стадии складывается из комплекса следующих синдромов и признаков:

— синдром измененной реактивности, при котором исчезают защитные симптомы начальной фазы интоксикации, изменяется форма употребления (более частая, систематическая, в одиночку), форма опьянения (укорачивается эйфорическая фаза интоксикации), происходит дальнейшее увеличение толерантности;

— синдром психической зависимости (стремление повторения состояния психического комфорта);

— синдром физической зависимости, при котором выражено компульсивное влечение, абстинентные проявления на фоне выражены;

— нарастающая социальная дезадаптация в результате изменения личности подростка.

Вопросы: 1. Какова роль клинического психолога при проведении судебно- психологической экспертизы у данного пациента? 2. Какова должна быть тактика клинического психолога в данной клинической ситуации?

11 Больной Н., 34 года, администратор торгового ТОО.

Диагноз: острый интоксикационный психоз: делириозный синдром. Полинаркомания, осложненная бензодиазепиновой токсикоманией. Хронический алкоголизм 2-й стадии.

Из анамнеза: родился в 1962 году. Раннее развитие без особенностей. Воспитывался матерью и бабушкой. Отец злоупотреблял алкоголем. По характеру больной замкнут, малообщителен, не имеет стойких интересов и увлечений. Воспитан в духе гиперпротекции. В школе учился посредственно. Друзей имел мало. По настоянию

матери окончил торговый техникум. Отслужил в армии. После армии начал злоупотреблять алкоголем. Сменил много рабочих мест (повар, торговый работник и т. п.); увольняли в связи с пьянством и прогулами. Вновь устраивался на работу по протекции матери (директор магазина). Привлекался к уголовной ответственности за хулиганство. В 1990 году впервые попал в психиатрическую больницу № 1 им Алексеева с диагнозом «белая горячка». Потом неоднократно госпитализировался в психиатрическую больницу для прерывания запоев. Пройти полный курс лечения от алкоголизма отказывался. Кроме алкоголя стал употреблять различные психоактивные вещества: наркотики, снотворные препараты, транквилизаторы. Реланиум, радедорм употреблял в дневное время до 20 таблеток за прием для возникновения эйфории. Последняя госпитализация в психиатрическую больницу № 1 им. Алексеева — июль- август 1995 года. Три месяца назад лечился частным образом от алкоголизма. С тех пор не пьет. Но полностью переключился на наркотики. Ежедневно курит анашу, иногда 2-3 раза в день: принимает первитин и опий-сырец внутрь (одновременно и поочередно). Испытывает интенсивное влечение к этим веществам, но предпочтение отдает анаше. За 10 дней до поступления в клинику полностью потерял количественный контроль, значительно увеличил дозы наркотиков. Возникла бессонница. За 5 дней до госпитализации вечером на фоне комбинированной наркотической интоксикации (первитин, опиум, анаша) появились тревога, страх, возбуждение, женские голоса внутри головы. Повод к приему большой дозы наркотиков — ссора с сожительницей по пустяковому поводу. Сожительница тоже злоупотребляет наркотиками. Вышеперечисленные психические расстройства продолжались и в последующие сутки. По настоянию родственников и знакомых согласился на госпитализацию в клинику психиатрии им. Корсакова.

В соматоневрологическом статусе обращают на себя внимание бледность и повышенная потливость кожных покровов, тахикардия, увеличение печени (+3,0 см), тремор пальцев рук.

Психический статус: сидит в напряженной позе. На лице выражение тревоги и растерянности. Внимание легко отвлекаемо. Иногда прислушивается к чему-то. На вопросы отвечает по существу, хотя и односложно. Жалуется на тревогу, бессонницу. Слышит внутри головы женский голос, отвечает мысленно. Говорит, что ощущает, как сходит с ума. В рисунке линолеума, в неровностях и трещинах стен видит фантастические изображения: короны, горы, животных, лица людей. Считает, что его околдовала сожительница: «Она ведьма». Дезориентирован в месте и времени. Ориентировка в собственной личности не нарушена. К своему состоянию совершенно не критичен.

Лечение: дезинтоксикация, витаминотерапия, нейролептики, анальгетики ненаркотические. Психоз купирован через неделю: нормализовался сон, больной стал спокойнее, исчезли «голоса». Но осталось влечение к наркотикам и транквилизаторам, жаловался на боли в мышцах и плечевых суставах. В процессе дальнейшего лечения явления абстиненции и влечения к наркотикам прошли. Выписан домой под наблюдение нарколога по месту жительства. Даны рекомендации.

Вопросы: 1. Какова роль клинического психолога при проведении судебно- психологической экспертизы у данного пациента? 2. Какова должна быть тактика клинического психолога в данной клинической ситуации?

12 Испытуемый Х., 43 года, обвиняемый в убийстве гражданина Т.

Из анамнеза: мать страдала каким-то душевным заболеванием. В детстве развивался нормально, ничем не болел. Рано лишился родителей, воспитывался родственниками. По характеру всегда был замкнутым, молчаливым, одиноким, друзей

не имел. В армии не служил, говорит, что освобожден по болезни, но по какой не знает. До последнего времени в качестве ремесла делал детские кроватки. Женился в

25 лет, имеет 7 детей, взаимоотношения с женой всегда были хорошими. Когда больному был 41 год, семья переселилась в новый дом. Вскоре испытуемый стал замечать, что одна из соседок о чем-то подолгу шепчется с женой у забора и никогда не заходит к ним в дом, что показалось ему подозрительным. Через некоторое время он почувствовал половую слабость и пожаловался об этом мачехе, а жене сказал, что

«тело стало чужим, ноги синеют и сохнут», «белье чем-то пахнет». В это же время появились бессонница, головные боли, перестал работать в мастерской, был тревожен, подавлен, говорил, что «пришел конец», подолгу си-Аел взявшись руками за голову, тяжело вздыхая, иногда плакал. Решил, что все это происходит в результате колдовства со стороны жены и соседки. Как-то заявил, что жена ему изменяет и последний сын не от него. Иногда уходил из дому и подолгу где-то пропадал. Возвращаясь домой, перепрыгивал через забор, так как калитку считал заколдованной. Родственники отвели Х. к цыганке, которая «лечила» его тем, что давала пить кислое молоко, а затем вызывала рвоту. Испытуемый решил, что цыганка тоже его «околдовывает». Состояние оставалось прежним, и он обратился в психоневрологический диспансер. С диагнозом «параноидный синдром» был направлен на стационарное лечение, но в больницу его не приняли якобы из-за высокой температуры. Дома был замкнутым, печальным, молчаливым, тревожным, подозрительным, высказывал мысли о

«колдовстве». Идти к врачу второй раз отказался. Каких-либо проявлений соматического заболевания в этот период никто из родственников и сам больной не отмечают.

Однажды он незаметно ушел из дома, перелез через забор, явился к соседке и, обвиняя ее в колдовстве, стал наносить удары ножом, отчего та вскоре скончалась. Домой он не вернулся, а пошел к родственникам, где сказал, что убил «плохого человека». Был привлечен к уголовной ответственности и проходил амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу. Там он жаловался на головную боль, бессонницу, о случившемся не сожалел, был совершенно безразличен и безучастен к своему будущему, высказывал бред отравления, настроение было подавленное, тоскливое, ни с кем не общался. Говорил, что жена и соседка подсыпают ему в пищу какой-то порошок, в результате чего у него появилась половая слабость. Был признан невменяемым и направлен на принудительное лечение, где находился 334 дня.

В истории болезни отмечено, что испытуемый был замкнут, неопрятен, целыми днями сидел в одной позе на кровати, ничем не интересовался, что-то про себя шептал, отказывался ходить на работу. Настроение было тревожное, пониженное, высказывал бред отравления, слышал голоса цыган. Иногда он видел цыган по ночам, они к нему приходили и приказывали: «Убей», о чем сообщал крайне неохотно. Все время оставался подавленным, угнетенным, мрачным, иногда плакал. К своему состоянию и правонарушению был не критичен.

В процессе лечения состояние больного постепенно улучшилось, исчезли бредовые идеи и галлюцинации, он стал посещать трудовые мастерские, следил за своей внешностью, начал общаться с больными, активно интересовался своей дальнейшей судьбой.

Впоследствии у больного появилась критика к отдельным болезненным переживаниям.

После выписки дома чувствовал себя удовлетворительно, продолжал изготовление детских кроваток и никто из родных странностей за ним в этот период не замечал. Так прошло около года. В возрасте 43 лет он поссорился с дядей, переживал это. Стал плохо спать, ухудшилось настроение, сделался тревожным, подозрительным,

бил себя по голове, искал нож, чтобы зарезаться. По словам испытуемого, его беспокоила мысль о том, что родственники отравили его куриным супом, который он ел у них незадолго до этого.

Выйдя однажды из дома, он встретил соседа, которого почти не знал, и внезапно ударом ножа убил его. Со слов очевидцев, у испытуемого в то время был «страшный вид». Домой он не вернулся, а ушел в пригород к родственникам. Был растерян, о себе ничего не рассказывал. Во время пребывания на амбулаторной экспертизе был замкнут, необщителен, безынициативен, «чего-то не договаривал», был подавлен, временами что-то про себя шептал. Рассказал, что его заставляет говорить «голос из живота», что к нему приходит человек в узбекском халате и заставляет его говорить, а если испытуемый отказывается, то у него «сжимается сердце». В этот период был депрессивным, тревожным, высказывал опасения в отношении семьи, считал, что ее хотят отравить. Пришедшему на свидание сыну сказал, чтобы дома ничего не брали от дяди, так как последний «дает отравленную пищу».

При стационарной судебно-психиатрической экспертизе со стороны соматического и неврологического статусов патологических изменений выявлено не было.

Психическое состояние: испытуемый малодоступен, на вопросы отвечает крайне неохотно, односложно, уклончиво, часто не по существу или переходя с одной темы на другую. О первом правонарушении рассказывает, что его тогда заколдовала соседка, подсыпала какой-то порошок в пищу. О наличии у него в то время заболевания говорит предположительно, крайне неуверенно, в основном исходя из того, что его признали больным и лечили. О пребывании в больнице говорит также неохотно, сообщает, что тогда слышал голос, приказывавший ему кого-то убить. При этом волнуется, дрожит, на глазах появляются слезы, говорит о том, что у него 7 детей, которые остались одни, просит помочь ему, говорит, что ни в чем не виноват. Заявляет, что его отравили брат с женой, угостив его заколдованным супом, что после этого он почувствовал себя плохо: сильно потел, мысли путались, не находил себе места, все перемешалось, ничего не мог сообразить. Говорит, что ему жаль убитого, называет его

«хорошим человеком», который никогда не делал ему зла.

В отделении испытуемый замкнут, молчалив, заметно подавлен, ни с кем не общается, совершенно безынициативен, не проявляет никакого интереса к окружающему. Выражение лица скорбное. Часто тяжело вздыхает, легко без видимого повода начинает плакать, при этом громко

причитает, ударяет себя кулаками в грудь и по голове. Целыми днями сидит или лежит в постели, укрывшись халатом с головой. Жалуется на головную боль, плохой сон. Дважды рассказывал врачу о том, что ночью к нему приходил старик в узбекском халате и говорил что-то неприятное. Сообщает, что и сейчас чувствует колдовство в своем теле. По-своему истолковывает введение лекарства, считая, что врачи хотят сделать ему «смертельный укол». Стал плакать, просил не убивать его. На амитал-кофеиновом растормаживании был тревожен, напряжен, плакал, высказывал опасения за свою жизнь. На вопросы отвечал не по существу. В последующие два дня оставался тревожным, говорил, что его отравили, что мать тоже умерла, отказывался от еды, плохо спал, что-то шептал про себя, сидя на койке; на вопросы не отвечал. Затем его состояние стало прежним. На протяжении всего периода пребывания в институте был заторможенным, подавленным, временами тоскливым, тревожным. Суждения испытуемого конкретны, не всегда логичны и понятны, непоследовательны. Критическая оценка своего состояния и правонарушения отсутствует.

Диагноз: параноидная шизофрения.

Больной признан невменяемым; учитывая тяжесть психических расстройств и

тенденцию к повторности общественно опасных действий, он направлен на принудительное лечение в психиатрическую больницу специального типа.

Вопросы: 1. Какова роль клинического психолога при проведении судебно- психологической экспертизы у данного пациента? 2. Какова должна быть тактика клинического психолога в данной клинической ситуации?

13 Больная В., 60 лет.

Из анамнеза: мать страдала психическим заболеванием, неоднократно обращалась в психиатрическую больницу. Больная росла и развивалась правильно. Окончила 8 классов. Большую часть трудовой жизни проработала на заводе рабочей, контролером ОТК. По характеру была доброй, общительной, имела много подруг. Замужем, имеет двух взрослых детей. В возрасте 48 лет стала жаловаться мужу, что соседи по квартире к ней плохо относятся. Хотят ее выжить, чтобы занять квартиру, приводила факты преследования. В последнее время стала замечать, что в ее отсутствие кто-то проникает в квартиру, переставляет мебель, портит вещи. Обнаружила не принадлежащий ей отрез материи, который якобы подложили ей с целью обвинить больную в воровстве. По этому поводу обратилась в милицию, где потребовала «призвать к порядку преследователей». В дальнейшем неоднократно меняла замки во входной двери, посыпала пол пылью, чтобы «изловить преступников».

Психическое состояние: при беседе с врачом в первое время держалась несколько настороженно. При настойчивом расспросе удалось выяснить, что больную «травят» и

«преследуют» соседи. Уже более года, по словам больной, соседи постоянно порочат и клеветают на нее с целью добиться выселения. Напекают ей на скорое выселение

«подмигиванием и переглядыванием». Организатором такого преследования считала соседку, проживающую в смежной квартире. С тем чтобы прекратить это преследование, решила «припугнуть» эту соседку. Встретив ее на лестничной площадке, пригрозила ножом расправиться с ней. В завязавшейся борьбе поранила соседку. Была привлечена уголовной ответственности.

Диагноз: у больной имеется хронический, систематизированный параноид.

По содержанию он связан с бытовой тематикой, обыденными отношениями. Здесь нет изменений личности по шизоорганическому типу, отсутствуют также признаки органического поражения головного мозга. Эта форма бреда рассматривается также как инволюционный параноид. Принимая во внимание наличие у больной выраженных психических расстройств, в силу чего она не могла осознавать своих действий и руководить ими, была признана судебно-психиатрической комиссией невменяемой.

Вопросы: 1. Какова роль клинического психолога при проведении судебно- психологической экспертизы у данного пациента? 2. Какова должна быть тактика клинического психолога в данной клинической ситуации?

14 Больной К., 44 года, по профессии водитель.

Наследственность: отец склонен к колебаниям настроения, страдает алкоголизмом, мать — спокойная, рассудительная. Старший брат — деятельный, волевой, открытый для общения.

Родился в срок. Рос и развивался в соответствии с возрастом, болел редко. Был подвижным, шумным ребенком, хорошо адаптировался в среде сверстников. В школе учился средне, был неусидчив, ленился. Увлекался спортом, посещал спортивную секцию. Был общительным, веселым. Окончил 10 классов, школу водителей. В 18 лет был призван в армию, служил водителем. После демобилизации поступил в МАИ, но через 2 года институт бросил. До 1991 года работал водителем.

В 28 лет женился, от брака имеет сына. В настоящее время состоит с женой в разводе. Отношения с ней сложные, нестабильные. Все втроем проживают в 2-комнатной квартире.

По характеру мягкий, добрый, но легко поддающийся влиянию окружающих. Был склонен к колебаниям настроения, чаще в сторону его повышения.

В феврале 1991 года во время поездки по скользкой дороге, будучи за рулем, потерял управление, и машина столкнулась с деревом. Автомобиль смялся «в гармонь», а сам больной «чудом остался жив», получив лишь ушиб колена. После этого сразу же возникла тревога, боялся сесть за руль. В течение полугода находился в подавленном настроении, не работал, дома ничем не занимался. При мысли о машине вспоминал аварийную ситуацию, испытывал страх, чувство сдавления в груди. Появились переживания безысходности, пугало будущее, не представлял, где, как сможет работать, зарабатывать на жизнь. В этом состоянии в октябре 1991 года поступил в клинику.

В стационаре на фоне терапии пипразидолом в дозе до 500 мг/день, а затем амитриптилином — до 500 мг/день состояние постепенно улучшилось, ушла тревога, больной активизировался, повысилось настроение, стал общительным, говорил о появлении уверенности в будущем, занялся спортом. В процессе снижения дозы амитриптилина появились признаки гипомании: приподнятость, многоречивость, повышенная инициатива. Антидепрессанты были отменены, назначен финлепсин 0,2 мг 3 раза в день, который был рекомендован в качестве поддерживающей терапии.

После выписки в январе 1992 года не выполнял врачебные рекомендации, лекарства не принимал. Настроение оставалось приподнятым. Планировал открытие предприятия по переработке сельскохозяйственной продукции, хотел организовать за городом ферму, одновременно готовился к поездке за рубеж. Покупал и продавал вещи, но чаще дарил их случайным людям. Много зарабатывал, но еще больше нелепо тратил. Занимался антиалкогольной пропагандой среди сельских жителей. Стал ярко одеваться, пытался заводить любовные романы. Целые дни проводил

вне дома, а вечером и ночью не давал никому спать, включая громкую музыку. Стал занимать крупные суммы денег. Наотрез отказывался от общения с врачами, давал реакцию гнева. В мае 1992 года по заявлению родственников с участием милиции был недобровольно стационарирован в психиатрическую больницу № 13, где находился до конца июня. Проводилась терапия аминазином, финлепсином. Выписался в состоянии интермиссии.

Дома рекомендованные препараты не принимал. Занялся поиском работы, но в августе состояние вновь ухудшилось: появилась тоска, снизилась активность, интерес к окружающему, стал заторможенным, избегал общения, говорил о бесперспективности. Пропал аппетит, за месяц потерял в весе 6 кг. Дал согласие на стационарирование. В сентябре поступил в стационар.

При поступлении в психическом статусе: контакту доступен, сидит в одной позе, с застывшим выражением страдания на лице. Скован. Отвечает с задержкой, односложно, глухим тихим голосом. Предъявляет жалобы на тоску, подавленность, плохой сон с пробуждением в 3—4 часа утра, связанность движений, замедление мышления, неуверенность в себе, желание остаться одному. Круг представлений сужен до переживания своего состояния и бесперспективности. Днем лежит, ничем не занят. К вечеру встает, выходит в коридор, субъективно отмечает некоторое облегчение самочувствия. Аппетит снижен, отмечаются запоры. Ищет помощи, хотя не верит в выздоровление.

Проводилось лечение amitriptилином до 16,0 мл внутривенно капельно в сочетании с мелипрамином до 400 мг/день внутрь с последующей одномоментной их

отменой через 1,5 месяца. В конце ноября больной был выписан в состоянии интермиссии на поддерживающей терапии финлепсином 600 мг/день, тизерцином 25 мг на ночь.

После выписки, опасаясь повторения депрессии, соблюдал врачебные рекомендации. Устроился на работу в коммерческую структуру. Успешно справлялся с обязанностями.

По данным анамнеза, впоследствии весной или осенью у больного продолжали отмечаться либо депрессивные, либо маниакальные фазы. По клинической картине они были аналогичны вышеописанным. Во время маниакальной фазы осенью 1994 года больной вновь был стационарирован в психиатрическую больницу по месту жительства в недобровольном порядке. В периоды, свободные от болезни, продолжал работать, восстанавливая свой социальный и семейный статус.

Аффективный уровень расстройств, синдромальная структура приступов, характер их динамики и наличие интермиссий соответствуют критериям диагностики маниакально-депрессивного психоза циркулярного типа. В связи с выраженностью расстройств и особенностями поведения в маниакальные фазы в мае 1992 года и октябре 1994 года с учетом возможности неблагоприятных социальных последствий для больного он был недобровольно госпитализирован.

Вопросы: 1. Какова роль клинического психолога при проведении судебно- психологической экспертизы у данного пациента? 2. Какова должна быть тактика клинического психолога в данной клинической ситуации?

15 Больная В. З., 55 лет.

Из анамнеза: наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Раннее развитие без особенностей. Окончила 7 классов и ФЗУ. В течение короткого времени работала плановиком-экономистом. В 18 лет вышла замуж. Муж — военный. Часто переезжали из одного города в

другой. Больная быстро адаптировалась на новом месте. Не работала. Занималась домашним хозяйством, воспитывала троих детей. Была очень хорошей хозяйкой — гостеприимной, работающей. У мужа больной был тяжелый характер — вспыльчивый, ревнивый, требовательный.

Сама больная по характеру была мнительной, тревожной, несколько ипохондричной («обиду помнила долго, но не подавала вида, что оскорблена»). Придерживалась принципа «лучше худой мир, чем добрая ссора», стремилась сглаживать все конфликты, уступала мужу. Месячные с 10-летнего возраста, 4 беременности: 3 нормальные, закончившиеся срочными родами, 1 аборт. С 42 лет менопауза.

Перенесенные заболевания: детские инфекции. Дважды оперировалась по поводу полипоза прямой кишки.

В связи с болезнью мужа стала тоскливой, резко снизилась работоспособность: появилась несвойственная больной «лень», с трудом занималась домашним хозяйством, нарушился сон. Особенно плохо себя чувствовала утром. Через месяц муж больной выздоровел, а ее состояние ухудшилось: появилась тревога, постоянно ждала, что случится что-то плохое. Все домашние проблемы казались неразрешимыми. Постоянно раздумывала над своей жизнью, вспоминала только плохие события, считала, что жизнь не удалась. Совершила суицидальную попытку и была госпитализирована в больницу. Психическое состояние: контакт с больной формальный: она говорит тихим голосом, монотонно, заторможена. Инициативы в беседе не проявляет, отвечает кратко и только на поставленный вопрос. Лицо маскообразное с выражением страдания и усталости. Жалуется на подавленность, тревогу за дом, близких. Говорит, что все пропало, запуталось. Главным виновником

всех бед считает себя: «Я гадкая, мерзкая, мне не надо жить». В отделении ни с кем не общается, не хочет есть, принимать лекарства, большую часть времени проводит в постели. Попытки успокоить больную вызывают лишь раздражение и злобу. Временами становится тревожной, задает персоналу одни и те же вопросы.

Диагноз: тревожно-депрессивное состояние в инволюционном возрастном периоде.

Вопросы: 1. Какова роль клинического психолога при проведении судебно- психологической экспертизы у данного пациента? 2. Какова должна быть тактика клинического психолога в данной клинической ситуации?

16 Больной К., 30 лет.

Из анамнеза: отец страдает хроническим алкоголизмом, неоднократно находился на лечении в психиатрической больнице, ушел из семьи, когда больному было 14 лет. По характеру вспыльчивый, конфликтный, в состоянии опьянения обнаруживались перверсные тенденции. В настоящее время осужден за злостное хулиганство.

Мать по характеру мягкая, отзывчивая, спокойная. Мальчик родился в срок, от первой беременности, протекавшей нормально. В грудном возрасте, по словам матери,

«доставлял много хлопот», был крикливым, плохо спал. Иногда возникали приступы длительного плача «до синевы». В дошкольном возрасте посещал ясли и детский сад. Воспитатели считали его «трудным ребенком». Был очень подвижным, драчливым. Во время ссор со сверстниками громко кричал, старался поцарапать лицо, укусить. В ответ на наказания давал бурную аффективную реакцию — падал на пол, бился головой и т. д.

В школу пошел с семи лет. В младших классах успевал плохо. Учителя отмечали крайнюю неусидчивость больного, его высокую ранимость, обидчивость при неплохих интеллектуальных возможностях. С другими учениками часто возникали ссоры, драки, мать неоднократно вызывали в школу по поводу плохого поведения сына. Свободное время в основном проводил на улице, играть предпочитал в подвижные игры с детьми более младшего возраста. В состоянии опьянения отец часто избивал жену и сына, неоднократно выгонял их из дома. Больной вынужден был переехать жить вместе с матерью на некоторое время к бабушке, которая и занималась его воспитанием в течение нескольких лет. В старших классах конфликтность больного еще более усилилась. Стал груб с учителями, во время уроков демонстративно занимался посторонними делами, в ответ на замечания вставал и уходил из класса.

Возненавидел учителя биологии, который предъявлял к нему жесткие требования в отношении дисциплины. После одного из конфликтов разбил камнем стекло в кабинете этого педагога, а затем задушил на глазах у младших школьников морскую свинку из живого уголка. Больной говорит о том, что получил большое удовольствие, видя возмущение и растерянность учителей. Был исключен из школы. Продолжил учебу в ПТУ. В этот период мать вновь сошлась с отцом, который сразу же стал вовлекать в пьянство 14-летнего сына. Все свое свободное время проводил на улице, в компаниях асоциальных подростков. В этот период стал особенно вспыльчив, драчлив. В 15-летнем возрасте был поставлен на учет в милиции, так как отнимал деньги у младших школьников. Стал часто приходить домой в нетрезвом виде, бил мать, угрожал убить бабушку.

Сексуальное влечение было сильно выражено. Периодически онанировал с 14 лет. С 15-летнего возраста начались частые половые связи. В 16 лет в состоянии алкогольного опьянения жестоко избил пожилого человека, который сделал больному замечание. Был осужден на три года лишения свободы.

После отбытия срока заключения устроился работать шофером на автобазу. На работе сложились конфликтные отношения с представителями администрации, вынужден был уйти на другое предприятие. За последние пять лет сменил четыре места службы. В настоящее время работает слесарем в одном из гаражей.

Женился в 1975 году по любви, от брака имеет дочь 3 лет. В последнее время стал злоупотреблять алкоголем, усилилась раздражительность, вспыльчивость. В семье участились скандалы. По настоянию жены и матери обратился в клинику с просьбой помочь избавиться от вспыльчивости и раздражительности.

Соматическое состояние: больной среднего роста, атлетического телосложения, несколько повышенного питания. Со стороны внутренних органов патологии нет.

В неврологическом статусе признаков органического поражения головного мозга не выявляется. Отмечается вегетативная лабильность, легкость вазомоторных реакций, гипергидроз ладоней и стоп, красный дермографизм. На рентгенограмме черепа и при исследовании глазного дна патологии не отмечено.

Психическое состояние. Больной правильно ориентирован во времени, пространстве, собственной личности. В беседу вступает неохотно, держится настороженно. На вопросы отвечает односложно. Постепенно оживляется, начинает активно предъявлять жалобы на свою вспыльчивость, невыдержанность, говорит, что иногда чувствует себя «как бы наэлектризованным», достаточно одного слова, чтобы вступить в драку. С раздражением вспоминает свою жену и мать, считает, что они «не понимают, умышленно выводят его из себя». Свою алкоголизацию объясняет стремлением «хоть немного расслабиться». Постоянные конфликты на работе расценивает как следствие предубежденного отношения к его асоциальному прошлому со стороны администрации.

Себя считает человеком, «умеющим постоять за себя», но несколько невыдержанным, а также считает, что излишняя взрывчатость мешает ему самому в жизни.

При вопросах, связанных с его асоциальным поведением, возбуждается, краснеет, в грубой форме категорически отказывается отвечать. В отделении общается в основном с больными алкоголизмом. Настроение сниженное, отмечаются периоды дисфории. Часто возникают конфликты с медперсоналом, связанные с нарушением режима. На помещение в наблюдательную палату дал агрессивную реакцию — ударил санитаря. За время пребывания в клинике продуктивной психопатологической симптоматики не выявлено. Интеллектуальных расстройств не отмечается. Критика к своему состоянию снижена. После очередного конфликта был выписан по его настоятельному требованию.

Приведенное клиническое наблюдение ярко иллюстрирует основные особенности возбудимой психопатии. Больной воспитывался в условиях неблагополучной семьи, с самого раннего возраста обнаруживал повышенную возбудимость и агрессивность. Будучи легко раним, часто вступал в конфликты и драки со сверстниками. Особо вызывающе и дерзко себя вел с учителями. В последующем его поведении отмечается систематическая алкоголизация, криминальные поступки. Таким образом, основные расстройства у больного представлены эмоционально-волевыми нарушениями: высокой эмоциональной возбудимостью и отсутствием должного контроля за их проявлениями. Интеллект его соответствует полученному образованию. В высказываниях больного звучит некоторое осуждение своего поведения, вместе с тем он указывает на свои личные особенности и внешние поводы, которые как бы такое поведение оправдывают.

Вопросы: 1. Какова роль клинического психолога при проведении судебно- психологической экспертизы у данного пациента? 2. Какова должна быть тактика клинического психолога в данной клинической ситуации?

17 Больная К., 43 года, по профессии врач.

Из анамнеза: наследственность без патологии. Раннее развитие без особенностей. Росла общительной, подвижной. В школу пошла с 7 лет. В младших классах училась только на «отлично», много занималась общественной работой. Всецело стремилась руководить, управлять другими детьми, из-за чего часто возникали ссоры со сверстниками. В старших классах успеваемость несколько снизилась, ухудшилось поведение. Сложилась конфликтные отношения с преподавателями математики и химии. Считала, что они «незаслуженно придираются» к ней по мелочам, умышленно пытаются ее унижить, оскорбить. На уроках пререкалась с учителями, постоянно вступала в споры, упорно отстаивала свое мнение. В это же время стала увлекаться биологией. Все свое свободное время проводила в библиотеке, читала различную специальную литературу, посещала зоологический кружок при зоопарке. Стала пропускать занятия в школе. Считала, что половина предметов просто ни к чему, так как она все равно будет биологом. В отношениях с товарищами оставалась резкой, прямолинейной. После окончания школы поступила в медицинский институт.

В группе с однокурсниками сразу сложились конфликтные взаимоотношения, так как она постоянно требовала от товарищей выполнения всех дисциплинарных требований. Выступала на собраниях с острой критикой в адрес «злых прогульщиков и лентяев», а после того, как студенты обратились в деканат с просьбой о переводе ее в другую группу, сразу написала письмо в редакцию Одной из центральных газет, в котором говорила о зажиме критики в стенах института. Была создана комиссия, разбиравшая этот конфликт в течение длительного времени.

После окончания института была направлена на работу в районную больницу. Со своими профессиональными обязанностями справлялась очень хорошо, характеризовалась как

ответственный, исполнительный работник. Однако в отношении к среднему и младшему медперсоналу была крайне требовательна. Шести сестрам по ее настоянию было объявлено административное взыскание, после чего все шестеро подали заявление об увольнении.

Вышла замуж по любви. После рождения дочери в 1968 году ухудшились отношения с мужем, считала его эгоистом, который думает только о себе. Подала документы на развод, но когда узнала, что муж встречается с другой женщиной, пришла к нему на работу и устроила скандал в присутствии сослуживцев, затем обратилась в общественные организации с жалобой на аморальное поведение супруга. Упорно добивалась проведения товарищеского суда. В этот период расстроился сон, пропал аппетит, стали беспокоить головные боли. Состояние нормализовалось после развода, когда муж переехал жить в другой город. Последние годы больная проживала с матерью и дочерью, работала в поликлинике.

Полгода назад у больной возник конфликт с заведующим отделением. Она обратилась с жалобой к администрации на то, что он нарушает дисциплину, неправильно оформляет и выдает больничные листы. При проверке факты не подтвердились. Тогда больная обратилась в вышестоящие инстанции с жалобой на администрацию поликлиники, в которой обвиняла главного врача в «покрывательстве мошенника». После повторной проверки факты, изложенные в жалобе, вновь не подтвердились.

За последние месяцы больная разослала более 20 писем различным ответственным лицам, в которых говорится о «нездоровой атмосфере, царящей в учреждении». Обвиняет проверяющих в формализме и бездушном отношении к ней. Приводит многочисленные доводы и «доказательства» зажима критики. Утверждает, что ее противники находятся в сговоре с проверяющими. Требуется назначения

«объективной» и компетентной комиссии. Стала говорить, что подвергается на работе всяческим преследованиям: «умышленно составляют самый неудобный график дежурств, портят ее медицинскую документацию, выкрадывают амбулаторные карты больных».

Однажды после очередного конфликта с заведующим отделением ударила по лицу больного, который случайно в ее отсутствие зашел в кабинет. С согласия больной была направлена в психиатрическую больницу на обследование.

Соматическое состояние: больная астенического типа телосложения. Несколько пониженного питания. Кожные покровы бледные. Со стороны внутренних органов патологических изменений не выявляется. Неврологический статус: знаков органического поражения центральной нервной системы не выявляется. Периостальные сухожильные рефлексы живые, зоны не расширены. Поверхностная и глубокая чувствительность не изменены. Краниограмма и глазное дно — без особенностей.

Психический статус: больная ориентирована правильно. Сознание ясное. Держится настороженно. Сидит на краю стула, резко выпрямив спину и расправив плечи. Руки скрещены на груди. Губы плотно сжаты, смотрит исподлобья. На вопросы отвечает крайне неохотно, односложно. Постепенно оживляется, с возмущением многословно рассказывает о сложившейся ситуации на работе, долго и обстоятельно говорит о кознях недоброжелателей. Сосредоточена на переживаниях, связанных с неприятностями.

О случившемся инциденте говорит следующее: последнее время была возбуждена конфликтной ситуацией, после ссоры с заведующим, войдя в кабинет и увидев постороннего человека, что-то рассматривающего на столе, решила, что он подослан с целью похищения ее документации. О происшествии сожалеет.

Фон настроения снижен. Предъявляет жалобы на головные боли, бессонницу. Обманов восприятия не выявляется. Настаивает на немедленной выписке. Больной себя не считает.

Приведенное выше описание больной представляет собой пример формирования сутяжно-паранойальной личности. У нее рано проявились такие черты характера, как стремление к лидерству, настойчивость, склонность усматривать в действиях и высказываниях других, не отвечающих ее интересам, злонамеренность, незаслуженные придирки. Впоследствии сформировался сутяжный стиль поведения. Конфликтные ситуации создавались самой больной. Учитывая глубокую охваченность больной идеей о существующем заговоре против нее, отсутствие критики к своему состоянию, можно считать, что она страдает сутяжно-паранойальным развитием личности (паранойальная психопатия).

Вопросы: 1. Какова роль клинического психолога при проведении судебно- психологической экспертизы у данного пациента? 2. Какова должна быть тактика клинического психолога в данной клинической ситуации?

18 Больной П. 26 лет, военнослужащий, поступил в психиатрическую больницу для прохождения военной экспертизы. Предполагаемый диагноз: шизофрения (F20-F29) или органическое поражение ЦНС травматического генеза (F06). Больной во время исследования приветлив, спокоен. Поведение адекватно ситуации. Правильно понимает цель экспериментальной работы. Охотно делится своими переживаниями. С должным интересом и серьезностью относится к оценке результатов. Имеется адекватная эмоциональная реакция на успех и неудачи в работе. Всегда активно стремится исправить ошибки, добиться правильного решения. Жалуется на повышенную утомляемость даже после непродолжительных нагрузок. Задания

выполняет быстро и легко. Мыслительные операции (анализ, синтез, обобщение, абстрагирование) сохранены. Уровень доступных обобщений достаточно высок. Суждения последовательны. Вместе с тем, обращает на себя внимание некоторая обстоятельность суждений, склонность к излишней детализации рисунков и ассоциаций в пиктограмме. Склонен употреблять слова с уменьшительными суффиксами. Отмечаются элементы утомляемости, которые выражаются в появлении ошибок внимания.

Таким образом, во время исследования выявляется интеллектуальная, эмоциональная сохранность больного, критическое отношение как к своему состоянию, так и к процессу исследования в целом. Следует отметить некоторую обстоятельность суждений и элементы утомляемости (особенно при продолжительной интеллектуальной нагрузке). Каких-либо нарушений (по шизофреническому типу) выявить не удается.

Вопросы: 1. Какова роль клинического психолога при проведении судебно- психологической экспертизы у данного пациента? 2. Какова должна быть тактика клинического психолога в данной клинической ситуации?

19 Во время дежурства Б. возникла аварийная ситуация. В силу ее внезапности Б. не сумел адекватно отреагировать и не совершил необходимых действий по предотвращению ее вредных последствий. Предприятие предъявило Б. регрессный иск о возмещении ущерба. Назначенная по этому делу судебно-психологическая экспертиза позволила суду принять во внимание повышенную стрессогенность данной аварийной ситуации, эмоциональную неустойчивость Б., имеющиеся у него признаки невротизма, состояние психической астении (ослабленности) после недавно перенесенной тяжелой болезни, понизившей скорость и точность его психомоторных реакций. Нестандартность данной аварийной ситуации резко затруднила принятие оптимального

решения, программирование системы необходимых антиаварийных действий. Заключение эксперта было принято в качестве доказательства по делу, что позволило правильно решить вопрос об ответственности Б.

Вопросы: 1. Какова роль клинического психолога при проведении судебно- психологической экспертизы у данного пациента? 2. Какова должна быть тактика клинического психолога в данной клинической ситуации?

20 Истец настаивал в суде на том, что он плохо понимал смысл своих действий, заключая оспариваемую теперь сделку, не мог в полной мере руководить своими действиями, так как находился в состоянии сильного потрясения в связи со смертью своего сына.

Ответ: Суд обязан проверить это заявление. Однако, получив заключение эксперта- психолога, он должен оценить его и принять или не принять в качестве доказательства. Для этого необходимы познания в области современной психологической диагностики, общая ориентация в системе психических состояний, в закономерностях взаимодействия человека со средой в обычных и напряженных ситуациях, понимание личностных особенностей поведения.

Находился ли завещатель в состоянии аффекта, в состоянии так называемого «суженного сознания»? При решении этого вопроса также необходима научная компетенция психолога. В ряде случаев возникает необходимость произвести психолингвистическую экспертизу различных письменных документов с целью идентификации их авторов, определить по различным признакам письменной речи их психическое состояние.