

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР
СОЦИАЛЬНОЙ И СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ
ИМ. В.П. СЕРБСКОГО



МЕДИЦИНСКАЯ И СУДЕБНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

курс лекций



Коллектив авторов

**Медицинская и
судебная психология**

«Теревинф»

2004, 2016

УДК 343.963(075.8)
ББК 67.51

Коллектив авторов

Медицинская и судебная психология / Коллектив авторов —
«Теревинф», 2004, 2016

ISBN 978-5-98563-419-8

Учебное пособие представляет собой первое отечественное издание, в котором в лекциях ведущих ученых отражен системный междисциплинарный подход к подготовке специалистов в области медицинской и судебной психологии. Освещены проблемы патопсихологии, психодиагностики, психокоррекции, психологии аномального развития, судебной психиатрии, психиатрии чрезвычайных ситуаций, наркологии, суицидологии, виктимологии, агрессииологии, сексологии, психосоматики. Особое внимание уделено организационным, теоретическим, методологическим, этическим основам и предметным видам комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы в уголовном и гражданском процессах. Для студентов психологических факультетов (направление «Психология», специальность «Клиническая психология»); медицинских и юридических психологов, судебных психиатров, обучающихся в системе дополнительного послевузовского образования; судебно-психологических и судебно-психиатрических экспертов.

УДК 343.963(075.8)

ББК 67.51

ISBN 978-5-98563-419-8

© Коллектив авторов, 2004, 2016

© Теревинф, 2004, 2016

Содержание

Ф.С. Сафуанов,	7
Т.Б. Дмитриева,	9
Раздел 1	13
Ф.С. Сафуанов,	13
Е.И. Сулимовская,	27
Ф.С. Сафуанов,	39
Н.В. Дворянчиков,	58
В.Г. Булыгина,	72
Раздел 2	87
А.Я. Иванюшкин,	87
В.В. Вандыш-Бубко,	99
Конец ознакомительного фрагмента.	103

Медицинская и судебная психология

Курс лекций

© Издательство «Генезис», 2004, 2016.

* * *

Ф.С. Сафуанов,
профессор, доктор психологических наук,
руководитель лаборатории Федерального
медицинского исследовательского центра психиатрии
и наркологии им. В.П. Сербского, заведующий
кафедрой клинической и судебной психологии МГППУ
Вместо предисловия к четвертому изданию о
Татьяне Борисовне Дмитриевой (1951–2010)

В начале 1993 года Т.Б. Дмитриева пригласила меня работать на только что созданной ею на базе Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского кафедре социальной и судебной психиатрии факультета постдипломного профессионального образования Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова. Передо мной были поставлены две задачи: первая – читать лекции по клинико-психологическим темам и проблемам комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы (КСППЭ) общим и судебным психиатрам; вторая – организовать курсы повышения квалификации медицинским психологам, участвующим в производстве судебных экспертиз. Первый такой цикл был организован в 1993 году. Эти курсы, которые проводятся один раз в год, сразу обрели популярность не только в масштабах Российской Федерации, но и в пространстве бывших советских республик: на них обучались эксперты-психологи из Литвы, Беларуси, Казахстана, Молдовы, Украины. Если в 90-е годы количество обучающихся составляло 30–50 человек, то в последнее время регулярно приезжают повышать квалификацию более 100 психологов. Среди них – не только медицинские психологи организаций Минздрава России, но и эксперты-психологи учреждений Минюста России, психологи из различных силовых структур, научные работники и преподаватели высших учебных заведений. Каждый год проводятся и выездные циклы в регионах страны.

Татьяна Борисовна уделяла большое внимание процессу обучения медицинских и судебных психологов, всегда участвовала в круглых столах при открытии цикла и при его завершении. В начале обучения она интересовалась пожеланиями курсантов, а на завершающем собрании просила поделиться их своим мнением о достоинствах и недостатках проведенных занятий, о проблемах профессиональной деятельности. Эта постоянная обратная связь заставляла преподавателей все время совершенствовать свои лекции и практические занятия, а меня как куратора цикла – регулярно вводить новые актуальные темы, касающиеся патопсихологических, судебно-психологических и смежных дисциплин, привлекать к проведению занятий ученых, разрабатывающих эти темы. Именно в таком диалоге Т.Б. Дмитриевой с курсантами и родилась идея создания этого сборника: психологи говорили о потребности в более углубленном изучении тем, освещающихся в лекциях, и жаловались на то, что литература, рекомендованная преподавателями, издана в различных журналах и сборниках, часто малотиражных и малодоступных психологам, проживающим в регионах. Тогда мы и приняли решение о создании учебного пособия, в котором был бы отражен спектр дисциплин, необходимых для постдипломной подготовки медицинских психологов, участвующих в проведении комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы в уголовном и гражданском процессах. Первое издание (2004) разошлось очень быстро, потом книга переиздавалась в 2005 и 2009 годах. Она оказалась востребованной не только психологами-экспертами, но и психологами,

не участвующими в экспертизе, а также психиатрами, в первую очередь – судебно-психиатрическими экспертами.

Хочется отметить, что медицинские и юридические психологи, в первую очередь судебно-психологические эксперты, ощущали доброжелательное отношение и поддержку Т.Б. Дмитриевой на всех уровнях. Эта поддержка основывалась на ее глубоком понимании роли психологии при решении научных и прикладных задач, стоящих перед различными медицинскими и юридическими практиками.

Значительным вкладом в становление судебно-психологической службы в судебно-экспертных учреждениях Минздравсоцразвития РФ явился Приказ Минздрава России от 19.05.2000 г ода № 165 «О медицинском психологе в судебно-психиатрической экспертизе» – документ, инициированный и поддержанный Т.Б. Дмитриевой. Значение этого приказа трудно переоценить: согласно ему, количество медицинских психологов в штатном расписании судебно-экспертных учреждений практически приравнялось к количеству судебно-психиатрических экспертов (на сегодняшний день около 900 ставок). Практические последствия выхода данного приказа не заставили себя ждать – за короткое время число проводимых в нашей стране КСППЭ в уголовном и гражданском процессах возросло до 50–55 тысяч в год и в настоящее время составляет примерно третью часть от числа всех судебно-психиатрических экспертиз. Т.Б. Дмитриева способствовала выходу и других ведомственных нормативных и подзаконных актов, повышающих эффективность профессиональной деятельности медицинских психологов, в частности Положения о производстве КСППЭ, Приказа МЗ РФ № 401, содержащего регламентацию составления заключения КСППЭ.

Забота о подготовке кадров в психологической области ярко проявилась в активном участии Т.Б. Дмитриевой (в содружестве с академиком РАО В.В. Рубцовым) в создании факультета юридической психологии МГППУ. Она поддержала и создание двух магистратур факультета – по юридической психологии детей и подростков, по судебно-психологической экспертизе.

При переходе отечественной системы высшего образования на принципы Болонского соглашения Т.Б. Дмитриева сыграла значительную роль, во-первых, при решении вопроса о сохранении специальности «Клиническая психология», во-вторых, при разработке Федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по специальности «Клиническая психология» третьего поколения.

В роли председателя Ученого совета по психиатрии Минздрава России и председателя Ученого совета Центра им. В.П. Сербского Т.Б. Дмитриева часто включала в повестку дня заседаний актуальные вопросы медицинской и юридической психологии. К примеру, активно обсуждались вопросы взаимодействия судебных экспертов-психологов систем здравоохранения и юстиции, методологические проблемы КСППЭ в гражданском судопроизводстве, проблема участия психологов при применении принудительных мер медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами.

Т.Б. Дмитриева обладала выдающимся стратегическим мышлением, точно прогнозировала развитие научных направлений и практических отраслей в психиатрии и психологии, она всегда поддерживала разработку инноваций и способствовала апробации и внедрению наиболее эффективных из них. Не случайно наиболее проработанные стандарты и алгоритмы в различных предметных видах КСППЭ изданы под ее руководством и редакцией – это касается и экспертизы несовершеннолетних обвиняемых, и экспертизы матерей, обвиняемых в убийстве новорожденного, и экспертизы аффекта, и многих других.

Мы надеемся, что настоящее издание окажется полезным для широкого круга специалистов – психологов и психиатров.

Т.Б. Дмитриева,
академик РАМН, директор ГНЦ социальной
и судебной психиатрии им. В.П. Сербского,
заведующая кафедрой социальной и судебной
психиатрии ФППО ММА им. И.М. Сеченова
Предисловие к первому изданию

Решение проблем современной психиатрии требует применения системного междисциплинарного подхода, использования широкого спектра биологических и психологических методов исследований. Но если биологическая психиатрия в России успешно развивается еще с начала XX века, то медицинская психология имеет более короткую историю. Научные и прикладные психологические исследования в психиатрии активно проводятся примерно с начала 60-х годов прошлого столетия, именно к этому периоду относятся классические работы Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн, Ю.Ф. Полякова в области патопсихологии – разделе медицинской психологии, получившем развитие в нашей стране.

Особенно актуально объединение усилий клиницистов и психологов в судебной психиатрии. Это обусловлено тем, что решение судебных экспертных вопросов требует не только диагностики психического состояния обвиняемых, свидетелей, потерпевших, других подэкспертных, но и определения юридических критериев, которые, как правило, в уголовном и гражданском законодательствах сформулированы в психологических понятиях. Правильная квалификация преступлений, индивидуализация уголовной ответственности, другие судебные решения зависят не столько от наличия тех или иных психических расстройств у лиц, подвергающихся судебной экспертизе, сколько от установления влияния этих расстройств на их сознание и волевую регуляцию деятельности в юридически значимой ситуации.

Поэтому с начала 90-х годов мы, определяя направления развития Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, в соответствии с современными тенденциями системного подхода избрали стратегию своеобразной диверсификации при использовании научных кадров в области медицинской психологии. Традиционная модель структуры научно-исследовательского учреждения, занимающегося психиатрией, предполагает наличие одной отдельно функционирующей лаборатории психологии. Как показывает практика, обычно такое подразделение не может эффективно взаимодействовать с большинством клинических отделений, разрабатывающих разнообразные, подчас далекие друг от друга научные темы. Это приводит к тому, что психологическая лаборатория сосредотачивает свои силы на развитии одного, в лучшем случае – двух научных направлений, в то время как практически каждая научная тема в социальной и судебной психиатрии требует комплексного клинико-психологического подхода.

Стратегия диверсификации как раз и подразумевает, в противовес концентрации научных кадров в области клинической психологии в одном месте и жестко централизованному их управлению, размещение их в различных подразделениях, занимающихся широким спектром актуальных проблем психиатрии под руководством лидеров соответствующих научных направлений.

В нашем Центре в настоящее время функционирует три самостоятельных научных психологических подразделения: лаборатория психологии Отдела экспертизы в уголовном процессе, лаборатория психологии Отдела судебно-психиатрических проблем детского и под-

росткового возраста, лаборатория судебной психологии Отдела экспертизы в гражданском процессе.

Кроме того, медицинские психологи успешно работают в подразделениях Центра, занимающихся амбулаторными судебно-психиатрическими экспертизами; судебной сексологией; профилактикой общественно опасных действий психически больных; разработкой принципов лечения в судебной психиатрии; терапией больных наркоманиями и алкоголизмом; неотложной психологической и психиатрической помощью при чрезвычайных ситуациях; профилактикой психических расстройств и реабилитацией пострадавших при техногенных авариях и катастрофах; лечением и психокоррекцией психосоматических расстройств; нейрофизиологическими исследованиями.

В настоящее время в Центре работают около пятидесяти психологов, из них четыре доктора и более десяти кандидатов психологических наук.

Стратегия научных исследований в области общей и судебной психиатрии, медицинской психологии неразрывно связана и со стратегией воспроизводства научных кадров. Поэтому начиная с 1992 года, с момента образования кафедры социальной и судебной психиатрии факультета постдипломного профессионального образования Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, с курсантами-психиатрами проводятся занятия (лекции, семинары) не только по традиционным клиническим дисциплинам, но и по медицинской и судебной психологии, в соответствии с программами и учебными планами, утвержденными Минздравом РФ. А с 1993 года кафедра проводит один раз в год учебный цикл повышения квалификации (72 учебных часа) медицинских психологов, работающих в системе здравоохранения страны.

Вопросы медицинской и судебной психологии освещаются не только при дополнительном обучении психологов – в настоящее время в обязательный образовательный стандарт высшего образования по специальности «Клиническая психология» входит курс «Клиническая психология в экспертной практике». Во многих вузах этот курс читают сотрудники нашего Центра.

Чем мы руководствовались при составлении программы подготовки психологов по медицинской и судебной психологии и соответственно при определении содержания настоящего курса лекций?

Обучение специалистов в области медицинской и судебной психологии должно включать в себя организационно-правовые, теоретические, методологические и практические разделы и обеспечивать изучение клинических, психологических и правовых основ применения специальных психологических познаний при производстве судебно-психиатрической и комплексной судебной психолого-психиатрической экспертиз.

В последние годы число назначаемых правоохранительными органами комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз, требующих применения специальных познаний и в психиатрии и в психологии, резко возросло. Сейчас в нашей стране проводится более 35 000 таких экспертиз в год. Увеличилось количество их видов, усложнились критерии клинико-психологической оценки психической деятельности направляемых на экспертизу лиц, что, несомненно, связано с принятием новых уголовного, уголовно-процессуального, гражданского, гражданского процессуального законодательств, а также Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации».

В соответствии с действующим законодательством следственные и судебные органы имеют право привлекать в качестве эксперта любое лицо, обладающее специальными познаниями для дачи заключения. Практика показывает, что высшего психологического образования еще недостаточно для проведения судебно-экспертного исследования и дачи экспертного заключения, для того, чтобы считать, что психологи обладают такими специальными познаниями. Многие из них, приступая к экспертизе, не имеют представления о сущности экспертного исследования, о пределах своей профессиональной компетенции, о методах исследования объ-

екта экспертизы, о процессуальных нормах, которых они должны придерживаться. Это зачастую приводит к судебным ошибкам или к увеличению числа повторных судебных экспертиз, продлению пребывания обвиняемых под стражей и т. п.

Цель обучения студентов и специалистов, повышающих квалификацию по медицинской и судебной психологии, – приобретение и совершенствование теоретических знаний и практических навыков и умений в области психологических экспертных исследований, а также приобретение знаний в области уголовного, уголовно-процессуального, гражданского, гражданского процессуального права, судебной психиатрии, патопсихологии, суицидологии, виктимологии, сексопатологии, наркологии, психодиагностики, психологии развития, психологии личности, психологии эмоций, психологии агрессии.

Учебная программа направлена на:

- активное усвоение теоретических знаний в области клинической (медицинской) психологии, необходимых при производстве судебной экспертизы;
- освоение организационно-правовых основ судебной экспертизы, ознакомление с правами и обязанностями судебного эксперта;
- овладение методологическими принципами психодиагностического исследования, используемыми при проведении судебно-психиатрической и комплексной судебной психолого-психиатрической экспертиз;
- освоение принципов экспертной психологической оценки лиц, направляемых на комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу;
- освоение этических и деонтологических принципов проведения судебной экспертизы;
- формирование представлений о пределах профессиональной компетенции медицинского психолога при проведении комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы, принципах взаимодействия с правоохранительными органами, судебными экспертами-психиатрами и другими специалистами.

Курс состоит из четырех программных разделов:

1. Использование психологических познаний в области судебно-психиатрической экспертизы.
2. Основы смежных с психологией дисциплин.
3. Общие проблемы судебных психолого-психиатрических экспертных исследований.
4. Виды комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз.

Все разделы курса тесно взаимосвязаны.

Цель первого раздела заключается в усвоении многообразных форм профессиональной деятельности медицинского психолога в области судебно-психиатрической экспертизы. Освещаются задачи патопсихологического обследования в зависимости от вида судебно-психиатрической экспертизы, особенности взаимодействия медицинского психолога с психиатрами и работниками правоохранительных органов, характеризуется деятельность психолога при проведении судебной сексолого-психиатрической экспертизы, а также при психокоррекционной работе с больными, совершившими общественно опасные деяния и находящимися на принудительном лечении.

Во втором разделе курса освещается роль и место психических расстройств и аномалий в преступном и виктимном поведении, сексуальных правонарушениях, суицидальных действиях, формировании зависимости от психоактивных веществ. Обсуждаются общие психологические и патопсихологические проблемы, возникающие в пограничных областях деятельности между медицинской психологией и психиатрией, наркологией, сексологией, суицидологией, криминологией, правом.

Третий раздел предусматривает усвоение обучающимися основных организационно-правовых, теоретических, методологических и этических аспектов профессиональной деятельности медицинского психолога при проведении судебной экспертизы. При каждом виде судебной

экспертизы определяются цель психологического исследования, методические средства его обеспечения, пределы компетенции эксперта, объем, содержание и форма экспертного заключения.

Цель четвертого раздела курса – формирование представлений о предметных видах комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз: об их юридическом значении; об основных факторах, требующих учета при оценке особенностей психической деятельности подэкспертных лиц, которые интересуют судебно-следственные органы; о критериях их клинико-психологической экспертной оценки.

В конце каждой лекции приводится список рекомендуемой литературы для самостоятельной работы студента или курсанта.

В этом курсе лекций отражен системный междисциплинарный подход к подготовке специалистов в области медицинской и судебной психологии. Впервые в одном издании представлены материалы, относящиеся к самым разным областям знаний, необходимые таким специалистам. Мы уверены, что книга будет способствовать подготовке новых кадров и повышению квалификации уже работающих психологов. Нам представляется, что она вызовет интерес не только у студентов, обучающихся по специальности «Клиническая психология», и у медицинских психологов и психиатров, работающих в области судебной экспертизы, но и у всех специалистов (психологов, психиатров, социальных работников), занимающихся охраной психического здоровья человека.

Раздел 1

Медицинская психология в практике судебной психиатрии

Ф.С. Сафуанов,
профессор, доктор психологических наук
**Психодиагностические исследования
в судебно-психиатрической практике**

В практику современной психиатрии психологические познания внедрены уже довольно широко. Теоретические достижения и методические средства клинической психологии активно используются в психодиагностической деятельности врача-психиатра, при назначении адекватных способов реабилитации и лечения, и особое место они занимают в судебно-психиатрической экспертизе. Необходимость применения профессиональных знаний психолога в экспертной психиатрической практике определяется целым рядом моментов, среди которых первостепенными являются следующие.

Прежде всего рассмотрим соотношение таких теоретических дисциплин, как *патопсихология* и *психопатология*. Патопсихология как наука находится на стыке психологии и психиатрии, оставаясь при этом разделом психологии. Она исходит из теоретических представлений общей психологии, но направлена на решение задач (теоретических и прикладных), поставленных перед ней психиатрией. Если общая психология в целом изучает закономерности строения и протекания психической деятельности, то патопсихология исследует закономерности протекания и особенности структуры нарушений или расстройств психической деятельности.

У патопсихологии и психопатологии один и тот же объект исследования – психика человека. Именно это обстоятельство и позволяет комплексировать усилия психиатров и психологов в самых разных прикладных областях, в частности и в судебной экспертизе. Но из данного объекта патопсихология и психопатология вычерпывают разное содержание: предмет этих наук имеет свои особенности, отличные друг от друга. Если психопатологическое исследование выявляет закономерности проявлений (феноменологии) нарушенных психических процессов, то патопсихологическое – отвечает на вопрос: каковы нарушения или особенности протекания и структуры самих психических процессов при том или ином психическом заболевании? Именно поэтому психопатология описывает психику человека на другом языке, нежели патопсихология, – на языке клинических симптомов, синдромов, т. е. поведенческих проявлений, в то время как патопсихология оперирует психологическими понятиями, требующими психодиагностического исследования с целью проникновения в механизмы психической деятельности. Понятийные аппараты патопсихологии и психопатологии лишь частично пересекаются в тех областях, где психология описывает проявления поведения (такова, к примеру, категория «характера»). Некоторые понятия, употребляемые и психиатрами и психологами (например, «сознание»), наполнены в этих науках разным содержанием. Не случайно патопсихология может выступать как теория психопатологии; по существу, как отмечал Ю.Ф. Поляков, в истории психиатрии прослеживаются только два направления теоретических исследований – биологическое и психологическое. Примером психологического направления может служить глубинная психология, или психоанализ, являющийся теоретической и методологической основой психодинамической психиатрии. Методы психопатологии – опрос, сбор

анамнеза, наблюдение, изучение продуктов творчества – тоже направлены на изучение феноменологии, а психология использует психодиагностику, центральное место в которой занимает экспериментальный подход.

Из этого следует, что экспериментально-психологическое исследование является дополнением клинического изучения психики человека и стало одним из наиболее эффективных параклинических методов психиатрии. Этому способствует нацеленность экспериментально-психологического исследования на решение задач, соотносимых с практическими задачами клинической диагностики в судебно-психиатрической экспертизе.

Экспериментально-психологическое исследование дополняет клиническое исследование, реализуя естественно-научный, экспериментальный подход к психике человека как целостной системе, при этом сочетая качественный и количественный анализ патопсихологических данных и учитывая не только измененные, но и сохраненные стороны психической деятельности обследуемого. Эффективное использование патопсихологического материала в клинических целях обусловлено и применением патопсихологом в ситуации судебной экспертизы всестороннего методического арсенала: как правило, при экспериментально-психологическом исследовании патопсихолог задействует до 10–15 методик, направленных на изучение особенностей познавательной деятельности (восприятия, внимания, памяти, мышления) и динамики умственной работоспособности, набор ориентированных на исследование личностных особенностей проективных методов, опросников. Кроме того, необходимость решения экспертных медицинских вопросов, касающихся каких-либо периодов жизни испытуемого, позволяет привлечь метод психологического анализа различных документов (материалов уголовного дела, медицинской документации, содержащих объективные данные об особенностях развития человека, о психическом состоянии в интересующий суд период времени).

Вместе с тем возможность с помощью психологических методов выявлять и описывать особенности структуры самосознания, мотивации, раскрывать психологические механизмы поведения обуславливает более точное решение экспертных вопросов, касающихся установления и юридических критериев в разных видах судебно-психиатрической экспертизы. Особо высока роль использования психологических данных при судебно-психиатрической оценке пограничной психической патологии, когда клиническая квалификация психического состояния подэкспертного в юридически значимой ситуации не позволяет однозначно и с очевидностью решать вопросы о наличии или отсутствии того или иного юридического критерия, интересующего суд.

В целом использование психологических познаний в рамках судебно-психиатрической экспертизы способно повысить надежность, достоверность и информативность экспертных психиатрических выводов, обусловить большее доверие к ним со стороны судебных органов. К примеру, экспериментально-психологическому исследованию в ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского в настоящее время подвергается более 80 % всех испытуемых, проходящих разные виды судебно-психиатрической экспертизы за год.

Основные задачи экспериментально-психологического исследования в судебно-психиатрической экспертизе

Экспериментально-психологическое обследование подэкспертного лица (изучение познавательных процессов и индивидуально-психологических особенностей) является обязательным компонентом экспертного исследования при судебно-психологической и комплексной психолого-психиатрической экспертизах. Вопрос об использовании психологического исследования в качестве параклинического метода в процессе судебно-психиатрической экспертизы решается каждый раз индивидуально, но не судом, а психиатром-экспертом (или комиссией психиатров-экспертов). Следует подчеркнуть, что в разных видах судебных экспер-

тиз у психиатров нет обязанности привлекать психологов для решения экспертных вопросов во всех случаях, и они не должны прибегать к помощи психологического исследования в отношении каждого подэкспертного, но могут делать это в тех случаях, когда это представляется целесообразным и необходимым.

Основными самостоятельными задачами экспериментально-психологического исследования в рамках судебно-психиатрической экспертизы являются:

- 1) предоставление дополнительных патопсихологических данных в целях дифференциальной диагностики;
- 2) установление степени выраженности (глубины) имеющихся у испытуемого психических расстройств.

Дополнительными задачами по отношению к основным являются:

- 1) выявление структуры нарушенных и сохранных звеньев психической деятельности;
- 2) определение установок испытуемых по отношению к патопсихологическому обследованию и к ситуации экспертизы в целом.

Их решение обязательно как при решении первой, так и второй самостоятельной задачи.

Рассмотрим содержание выделенных задач патопсихологического исследования в контексте целей судебно-психиатрической экспертизы подробнее.

Дифференциальная диагностика. Основные сложности, возникающие при решении данной задачи, связаны, во-первых, с различными реактивными наслоениями на психическую деятельность вследствие привлечения к уголовной ответственности, во-вторых, с преобладанием в практике судебно-психиатрической экспертизы смешанных и стертых форм психической патологии. Кроме того, у лиц, ранее совершавших правонарушения и подвергавшихся принудительному лечению, наблюдается лекарственный патоморфоз. Это обуславливает поиск таких эффективных форм организации и проведения экспериментально-психологического исследования, которые нивелировали бы упомянутые сложности. Как известно из патопсихологической литературы, некоторые патопсихологические показатели нарушений психической деятельности чаще встречаются при одних видах психической патологии, а некоторые – при других. В то же время эти показатели не являются нозологически специфичными. Так, искажение процесса обобщения, как показано Б.В. Зейгарник, может встречаться и при шизофрении, и при психопатии. В связи с этим перспективным путем представления патопсихологических данных в целях дифференциальной диагностики является выделение патопсихологических симптомокомплексов нарушений и особенностей познавательной деятельности.

Патопсихологический симптомокомплекс – это совокупность особенностей и нарушений познавательных процессов, относительно специфичных для той или иной клинической нозологии, имеющая в своей основе определенные психологические механизмы. Мной в соавторстве с И.А. Кудрявцевым в 1989 году в результате статистической обработки большого массива экспериментально-психологических заключений выделены и описаны патопсихологические симптомокомплексы нарушений и особенностей познавательной деятельности при шизофрении, психопатии и органическом поражении головного мозга, т. е. при наиболее часто встречаемых в судебно-психиатрической экспертизе нозологических формах психической патологии. Они обладают значительной диагностической информативностью и существенно повышают эффективность клинической диагностики.

Для патопсихологического симптомокомплекса, свойственного больным шизофренией, наиболее патогномичным является следующий набор показателей: неадекватность ассоциаций с их формальностью или выхолощенностью, бессодержательностью; использование при обобщении несущественных, маловероятных (латентных) признаков объектов или субъективных критериев; некритичность мышления; резонерство; явления разноплановости; соскальзывание на случайные ассоциации в суждениях; использование вычурных или усложненных речевых высказываний; искаженное толкование условного смысла; колебания внимания и снижение его

активности. Характерно, что выявленный комплекс нарушений познавательных процессов не зависит от уровня интеллекта – в данный симптомокомплекс с равной частотностью входят и категориальный, и функциональный, и конкретный уровни обобщения.

Патопсихологические расстройства при органическом психическом расстройстве имеют качественно иной характер. В патопсихологическом симптомокомплексе преобладают нарушения познавательной деятельности, связанные со снижением интеллекта: низкий (конкретный и конкретно-ситуационный) уровень обобщения; конкретный уровень ассоциаций; непонимание условного смысла; трудности установления логических (вербальных и наглядно-образных) связей и отношений. Обнаруживаются обстоятельность суждений, инертность мыслительных действий, застревание на несущественных деталях. В целом вербальный интеллект ниже наглядно-образного. Нарушены мнестические процессы: уменьшен объем непосредственного и опосредованного запоминания. Характерны нарушения умственной работоспособности – колебания внимания, снижение его активности (расстройства концентрации и распределения внимания), замедленный и неравномерный темп умственной деятельности.

Основу патопсихологического симптомокомплекса, присущего психопатиям, составляют эмоциональная насыщенность ассоциаций (при их адекватности), аффективно обусловленное рассуждательство, претенциозность суждений, преобладание оценочных комментариев, использование при обобщении субъективных эмоциональных критериев. Отмечаются и актуализация несущественных признаков при обобщении, парциальная некритичность. Как и у больных шизофренией, эти качественные нарушения и особенности не зависят от уровня интеллекта.

Выделение патопсихологических симптомокомплексов имеет не только практическую ценность, но и теоретическое значение. Оно позволяет выявить факторы, лежащие в основе тех или иных патопсихологических синдромов.

Так, наши исследования показали, что «органический» симптомо-комплекс определяется одним общим фактором – снижением всех психических функций: внимания, памяти, мышления. Патопсихологические симптомокомплексы больных шизофренией и психопатией имеют полиморфную структуру.

В патопсихологическом симптомокомплексе при шизофрении выделяются три группы нарушений. Первая из них, объединяющая патопсихологические данные о снижении некоторых психических функций, по всей видимости, отражает нарастающий дефект психики у части больных шизофренией. На первый взгляд он схож с выделенным фактором снижения интеллекта при органическом поражении головного мозга, однако имеются достаточно четкие качественные различия, связанные с иной природой болезненного процесса. При органическом психическом расстройстве интеллектуальное снижение сопровождается проекцией собственных эмоциональных переживаний в материал заданий, а при шизофрении – формальностью ответов, нередко – их выхолащенностью, а также актуализацией несущественных свойств объектов при обобщении, что отражает типичные изменения мотивационно-смысловой сферы и нарушения селективности познавательной деятельности.

Вторая группа нарушений познавательной деятельности определяет качественные операциональные и мотивационно обусловленные нарушения мышления при шизофрении.

Основу последней группы расстройств составляют нарушения логического компонента мышления.

Патопсихологический симптомокомплекс, присущий психопатическим личностям, также состоит из трех групп нарушений и особенностей познавательной деятельности. Первая группа отражает особенности операциональной сферы мышления, имеющие эмоциональную, аффективную природу.

Вторая группа включает претенциозность суждений, склонность к рассуждательству и оценочным комментариям – т. е. те показатели, которые зависят от аффективной логики, характерной для лиц, страдающих психопатиями.

Особый интерес вызывает третья группа нарушений, которая включает в себя такие нарушения мышления, как искажение процесса обобщения с использованием латентных признаков предметов и понятий, искаженное объяснение условного смысла, неадекватность ассоциаций и использование личностных субъективных предпочтений в обобщениях. Эти нарушения схожи с теми, которые входят в патопсихологический симптомокомплекс, свойственный больным шизофренией, но психологический теоретический и экспериментальный анализ показывает, что, несмотря на схожую феноменологию, в основе данных нарушений лежат различные психологические механизмы. В отличие от нарушений мышления при шизофрении искажения процесса обобщения и абстрагирования у психопатических личностей: 1) развиваются в наиболее четкой форме в состояниях эмоциональной напряженности (а не в любых условиях, как при шизофрении), 2) возникают преимущественно в ответ на аффективно и личностно значимые стимулы экспериментальных методик (а не на нейтральные, как при шизофрении), 3) при психопатиях нарушается смысловой компонент, но не происходит распада значения, как при шизофрении.

Следует отметить, что из-за преобладания у подэкспертных смешанных и стертых форм психической патологии часто при экспериментально-психологическом исследовании обнаруживаются патопсихологические показатели, которые трудно увязать в единый непротиворечивый симптомокомплекс. В связи с этим актуальным и перспективным направлением исследований является разработка проблемы информативности патопсихологических показателей, моделирующая алгоритм вероятностного решения дифференциально-диагностических задач.

Нами было проведено исследование информативности патопсихологических показателей особенностей и нарушений познавательной деятельности и умственной работоспособности больных с использованием информационной меры Кульбака и процедуры последовательного распознавания образов. На основе статистического анализа большого массива экспериментально-психологических исследований испытуемых строились таблицы, в которых патопсихологические признаки располагались в порядке убывающей информативности, для дифференциальной диагностики между шизофренией, психопатией и органическим поражением головного мозга.

Выявилось, что одни показатели экспериментально-психологических заключений имеют большую информативность и должны обязательно учитываться при вынесении диагноза, другие – меньшую, причем следует отметить, что одни и те же показатели могут иметь большую меру информативности при одних видах дифференциальной диагностики и не нести существенной информационной нагрузки – при других.

Так, при отграничении шизофрении от органического психического расстройства первостепенное значение имеют показатели, отражающие качественные особенности мыслительной деятельности (адекватность ассоциаций, искажение процесса обобщения, разноплановость, резонерство, критичность мышления).

При отграничении же органического поражения головного мозга от психопатии на первый план выступают иные показатели: нарушения внимания, уровень обобщения, снижение объема опосредованного запоминания, претенциозность суждений и т. п.

При дифференциальной диагностике между шизофренией и психопатией наряду с качественными особенностями мыслительной деятельности имеет значение снижение активности внимания, которое обусловлено при шизофрении не нарушениями умственной работоспособности (как при органическом поражении головного мозга), а снижением побудительной силы мотивов. Оказалось также, что данные экспериментально-психологического исследова-

ния наиболее информативны при дифференциальной диагностике шизофрении и органического психического расстройства и наименее – при разграничении шизофрении и психопатии.

Отметим, что представление об информативности патопсихологических признаков имеет значение не только для психиатров, проводящих дифференциальную диагностику, но и для патопсихологов: прежде всего становится понятным, квалификация каких нарушений познавательной деятельности важна при тех или иных видах дифференциальной диагностики, кроме того, это приводит к необходимости в патопсихологических заключениях излагать сведения не только о выявленных нарушениях, но и об отсутствии определенных показателей (т. е. целесообразно указывать на сохранность некоторых сторон познавательной деятельности, имеющих высокую информативность при дифференциальной диагностике).

Определение степени выраженности (глубины) нарушений психической деятельности. Данная задача ставится перед патопсихологом в основном при сомнениях экспертов-психиатров не при диагностике, а при определении способности больного (чаще всего это лица с органическими поражениями головного мозга, больные олигофренией с различными формами дебильности) адекватно понимать значение своих поступков и полноценно их регулировать. Экспериментально-психологическое исследование наряду с определением патопсихологического симптомокомплекса психических расстройств при решении этой задачи включает выявление следующих обязательных компонентов:

1. *Общий уровень развития познавательной сферы.* Выявление общего уровня развития восприятия, внимания, памяти, мышления является основополагающим звеном оценки умственного развития подэкспертного. В психиатрии и психологии накоплен большой объем исследований недоразвития тех или иных психических процессов при умственной отсталости разной этиологии. В области перцептивных процессов – это прежде всего данные о замедленности и сужении объема зрительного восприятия, нарушения узнавания, опознания предметов, снижение активности восприятия, поверхностность или искажение смыслового восприятия ситуаций различной степени сложности. Наиболее типичные расстройства внимания при психическом недоразвитии или инволюционном развитии – снижение его активности, в основе которого могут лежать нарушения концентрации или распределения внимания; колебания внимания и умственной работоспособности; истощаемость психических процессов. Для умственно отсталых лиц характерны различные нарушения памяти – непосредственного и опосредованного запоминания, долговременной и кратковременной памяти, смыслового и механического запоминания. Основной недостаток мышления у невменяемых лиц – конкретность и примитивный характер обобщений, нарушения функций анализа и синтеза, непонимание условного смысла, недостаточная сформированность или несформированность полноценных умственных действий, нарушения логики суждений, слабость регулирующей функции мышления.

2. *Объем общих сведений и знаний испытуемого.* При патопсихологическом обследовании в судебно-психиатрической экспертной практике необходимо выявлять и специальный аспект общего уровня развития познавательных процессов, связанный с определением того, насколько подэкспертное лицо поддается социально-педагогическим воздействиям: общий словарный запас, объем общих сведений и знаний, полученных в результате учебной деятельности и собственной познавательной активности испытуемого.

3. *Принципиальная способность испытуемого ориентироваться в практических, жизненных ситуациях.* Экспериментально-психологические сведения об уровне общей ориентировки подэкспертного, так же как и установление объема общих сведений и знаний, имеют важное косвенное значение для судебно-психиатрической оценки способности обследуемого лица осознавать значение своих действий и осуществлять их произвольную регуляцию.

4. *Степень обучаемости.* При экспериментально-психологическом исследовании с целью определения степени выраженности психических расстройств очень важно не ограничиваться

установлением только «актуального» уровня психического развития подэкспертного лица – необходимо, как об этом пишет А.Я. Иванова, особенно при исследовании несовершеннолетних, устанавливать и «зону ближайшего развития», т. е. потенциальные возможности овладения новыми способами умственных действий, новыми знаниями и умениями. Это имеет большое значение при судебно-психиатрическом отграничении умственной отсталости, связанной с болезненным процессом (олигофрении, органические поражения головного мозга и т. п.), от случаев педагогической или социальной запущенности лиц, являющихся в принципе психически здоровыми или имеющими нерезко выраженные психические аномалии. Выделение этого аспекта психической деятельности обуславливает построение экспериментально-психологического исследования при определении глубины психических нарушений у испытуемого не только как диагностической, но и как обучающей процедуры. Принципы обучающего эксперимента описаны А.Я. Ивановой и включают в себя: использование дозированной помощи со стороны экспериментатора на материале разного рода экспериментальных методов; регламентация отдельных видов помощи от наиболее скупых и сжатых «подсказок» до развернутых и подробных «уроков»; исследование восприимчивости к помощи, способности к логическому переносу и ориентировочной деятельности испытуемого. Сам эксперимент проводится по схеме, состоящей из трех этапов: ориентировочный, основное задание (находящееся в «зоне трудности» для испытуемого), аналогичное задание.

5. Уровень развития эмоционально-волевых структур. Это наиболее сложная задача психодиагностического исследования, требующая высокой квалификации патопсихолога. Установление уровня личностной зрелости возможно только при одновременном анализе результатов выполнения экспериментальных методов (ведущее место среди которых занимают проективные методики, задания, направленные на изучение жизненных ценностей испытуемого, особенностей смыслового восприятия, структур самосознания), данных беседы и наблюдения, сведений из материалов уголовного дела.

Последовательность перечисленных задач экспериментально-психологического исследования определяет и их приоритетность по отношению к решению общих экспертных вопросов. Так, если общий уровень интеллектуального развития испытуемого таков, что препятствует ему осознавать значение своих действия и руководить ими, то не возникает большой необходимости привлекать патопсихологические данные об уровне развития эмоционально-волевых структур. Если же испытуемый обнаруживает пограничный уровень развития интеллекта, для точного решения вопроса о вменяемости необходимо использовать патопсихологические данные об уровне практической ориентировки, об обучаемости, об особенностях личностного развития и т. п. Такие комплексные требования к патопсихологическому исследованию обусловлены еще и тем, что, кроме решения экспертных вопросов, возникает необходимость выбора реабилитационных мероприятий в отношении освидетельствуемых лиц, например, при отграничении умственной отсталости от отставания в психическом развитии, не связанного с психическим расстройством, вследствие социальной и педагогической запущенности. Необходимо отметить, однако, что определение уровня зрелости эмоционально-волевых структур является наиболее сложной и наименее разработанной клинико-психологической проблемой.

Определение структуры нарушений психической деятельности.

Проведение экспериментально-психологического исследования в контексте судебной экспертизы требует обязательного решения данной задачи и при дифференциально-диагностической направленности патопсихологического исследования, и при определении глубины психической патологии испытуемого. Это обусловлено прежде всего тем, что не существует однозначного соответствия между клинико-нозологической диагностикой и решением экспертных вопросов: так, часть больных шизофренией в состоянии ремиссии могут признаваться способными осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, напротив, часть страдающих психопатией в состоянии декомпенсации могут быть

признаны неспособными к осознанно-волевой регуляции криминальных действий – в конечном итоге экспертное решение во многом зависит не только от диагноза, но и от установления структуры психических нарушений, соотношения сохранных и патологических структур психики, содержания психологических факторов, лежащих в основе тех или иных нарушений психической деятельности.

Здесь особенно наглядно проявляется принцип системно-структурного анализа психической деятельности: выявление качественных особенностей отражательных и регуляторных структур, соотношения их сохранных и нарушенных компонентов чрезвычайно важно для экспертного определения способности подэкспертного в реальной жизненной ситуации осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими. Следует также особо отметить, что количественные данные многих методик (типа теста Векслера) не являются информативными по отношению к решению экспертных вопросов – часто результаты лиц, признаваемых вменяемыми и невменяемыми, при выполнении этих методик не отличаются друг от друга.

Определение структуры нарушений психических процессов, их соотношения с сохранными сторонами психической деятельности может при некоторых видах судебно-психиатрической экспертизы выступать и как самостоятельная задача исследования.

Так, в рамках судебно-психиатрической экспертизы при определении ограниченной способности обвиняемого осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими вследствие психического расстройства, в заключении экспериментально-психологического исследования, кроме определения степени выраженности расстройств психической деятельности, рекомендуется отразить прежде всего структуру психических нарушений, соотношение сохранных и патологических звеньев психической деятельности, содержание психологических факторов, лежащих в основе тех или иных нарушений психической деятельности. Особое внимание следует обратить на сохранность критичности, степень опосредованности своих действий, компенсаторные психологические механизмы и т. п.

В судебно-психологической экспертизе определение структуры нарушенных и сохранных звеньев психической деятельности также является основной задачей, создавая предпосылки ответа на экспертные вопросы, задаваемые эксперту-психологу судебно-следственными органами. Особо важное значение решение данной задачи имеет при судебно-психологическом определении меры регуляции криминального поведения у несовершеннолетнего обвиняемого с отставанием в психическом развитии, не связанным с психическим расстройством, а также при установлении существенного влияния индивидуально-психологических особенностей взрослого обвиняемого на его поведение в криминальной ситуации.

Определение установок испытуемых. Различные смысловые установки испытуемых по отношению к экспертизе в целом и, в частности, к ситуации патопсихологического обследования очень широко представлены в судебно-психологической, судебно-психиатрической и комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизе.

Это прежде всего *симуляция* – осознанное и целенаправленное предъявление несуществующих признаков психических расстройств.

Более сложными для диагностики являются формы симуляции, возникающие на патологической почве, у лиц с уже имеющимися психическими нарушениями – *аггравация*, *метасимуляция* и *сюрсимуляция*.

Аггравация – осознанное преувеличение незначительно выраженных психических изменений, особенно часто проявляющееся при экспериментально-психологическом исследовании в виде демонстрации явного слабоумия лицами, имеющими нерезко выраженный интеллектуальный дефект (легкая степень умственной отсталости, больные с органическим психическим расстройством и др.).

Метасимуляция заключается в осознанном предъявлении психопатологической симптоматики когда-то перенесенного психического заболевания, которым к моменту исследования подэкспертный уже не страдает.

Особо сложной для распознавания является *сюрсимуляция* – когда подэкспертный действительно страдает каким-либо психическим заболеванием, но при этом предъявляет картину другого, несвойственного ему нарушенного психического состояния. Поведение больного в этих случаях определяется сложным переплетением смысловой установки с искаженным восприятием действительности и самого себя, психопатологическими мотивами и нарушениями мышления, характерными для его психического заболевания.

Кроме того, необходимо выделить деятельность подэкспертного, обратную симуляции, – *диссимуляцию*. *Диссимуляция* – это сокрытие или утаивание психически больным проявлений своего болезненного состояния, собственных психических расстройств.

Такое разнообразное проявление различных смысловых установок по отношению к ситуации судебной экспертизы определяет необходимость их выявления практически при каждом экспериментально-психологическом исследовании подэкспертных для реализации его основных задач – определения патопсихологического симптомокомплекса в целях дифференциальной диагностики и установления истинной степени выраженности имеющихся психических расстройств. При решении данной задачи особую актуальность приобретает разработка адекватных приемов квалификации установок испытуемых: в первую очередь эффективными способами определения установок, по мнению А.Н. Лавриновича и Е.П. Москаленко, являются целостный синдромальный анализ данных патопсихологического исследования и применение некоторых дополнительных критериев – сопоставление прямых и косвенных результатов деятельности испытуемых в ситуации эксперимента, сопоставление уровня объективной сложности патопсихологической методики и уровня их выполнения испытуемым и др. Не теряют своей актуальности и описанные Я.М. Калашником приемы распознавания аггравации: предъявление сверхлегких заданий, которые заведомо могут быть выполнены и слабоумными больными, сопоставление латентного периода при выполнении методик разного уровня сложности и т. п.

Определение вида смысловой установки подэкспертного имеет значение и для судебно-психиатрического распознавания симуляции и ее разновидностей. Следует, однако, иметь в виду, что часто подэкспертные, подготовившись к демонстрации, предъявлению несуществующих у них психопатологических симптомов перед врачами-психиатрами, теряются в ситуации экспериментально-психологического исследования, поскольку готовы к искажению своего анамнеза, соответствующему поведению во время клинической беседы, при общении с другими подэкспертными, но не понимают, как те же поведенческие и речевые нарушения должны проявляться при выполнении экспериментальных методик. В то же время сама ситуация экспериментального исследования нередко провоцирует подэкспертных к тем или иным формам симуляции, которые не проявляются при клиническом психиатрическом обследовании. Так, при выполнении заданий, направленных на изучение уровня интеллекта, может проявиться аггравация; характер вопросов опросника ММРІ иногда провоцирует ответы, утяжеляющие психическое состояние, или, напротив, способствует диссимуляции имеющихся психических нарушений.

Структура заключения по результатам экспериментально-психологического исследования

Данные (результаты) экспериментально-психологического исследования оформляются психологом в виде заключения, которое сохраняется в медицинской документации, а его резюмирующая часть может быть включена в заключение судебно-психиатрических экспертов, в

раздел «психический статус» для обоснования экспертных выводов. В структуре заключения рекомендуется отразить следующие моменты.

1. Общее введение: особенности поведения испытуемого в исследовании и в беседе, понимание им цели экспертизы, психологические аспекты внутренней картины болезни, актуальные установки, планы на будущее, жалобы.

2. Особенности деятельности испытуемого в экспериментальной ситуации: понимание и усвоение инструкций, особенности выполнения заданий, реакция на успех и неуспех, на корректирующие замечания, помощь. Здесь же можно отразить особенности умственной работоспособности, внимания.

3. Данные об уровне развития различных сторон памяти, об особенностях и нарушениях мнестических процессов.

4. Данные об особенностях ассоциативных процессов.

5. Данные об уровне развития интеллекта, об операциональных, динамических и мотивационных нарушениях процесса обобщения и абстрагирования, о расстройствах логики и особенностях других сторон мыслительной деятельности.

6. Данные об особенностях личности, эмоционально-волевой сферы, смыслового восприятия, самосознания и т. п.

7. Резюмирующая часть: обобщение экспериментальных данных об особенностях и нарушениях познавательной деятельности и личностной сферы и результатов наблюдения при исследовании. Форма представления обобщенных патопсихологических данных должна определяться тем, какого рода затруднения испытывает эксперт-психиатр при решении им диагностических и экспертных вопросов и соответственно задач, которую он ставит перед психологом.

Приведем некоторые *типичные образцы заключений патопсихолога* по данным экспериментально-психологического исследования.

Пример 1. Испытуемая Б., обвиняется в хищении важных документов. Задача исследования: дифференциальная диагностика между шизофренией и психопатией. Экспертам-психиатрам, кроме традиционных вопросов о наличии душевного заболевания у Б. и ее способности отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими, следователем был задан вопрос о склонности Б. к патологическому фантазированию.

Во время исследования испытуемая держится ровно, спокойно, на вопросы отвечает последовательно, по существу. Цель экспертизы понимает верно, свое психическое состояние в период инкриминируемых ей действий и в настоящее время оценивает как «нормальное». Причины суицидальной попытки объясняет кратко («не нашла выход из сложившейся ситуации»), свои переживания не раскрывает. Жалоб не предъявляет.

При выполнении экспериментальных заданий инструкции усваивает, придерживается их в работе. Уровень притязаний достаточно высокий. Выраженных расстройств внимания и умственной работоспособности не обнаруживается, темп деятельности средний.

Объем запоминания в пределах нормы. При непосредственном запоминании из 10 слов воспроизводит 5, 10, спустя 1 час – 9 слов. При опосредованном запоминании («Пиктограмма») из 15 понятий, опосредованных образными ассоциациями, верно воспроизводит все 15. Ассоциации в целом высокого уровня (метафорические, символические), в ряде случаев – формальны и отдаленны. Например, на слово «одиночество» рисует дерево («есть песня про рябину в поле, которая стоит одна»), понятие «надежда» опосредует рисунком телефона («обычно все хорошие новости я узнавала по телефону»).

При исследовании мыслительной деятельности на фоне доступности испытуемой категориальных обобщений в целом обнаруживается неравномерность процесса обобщения с трудностями дифференцирования существенного и несущественного и эпизодическим снижением качества ответов вне зависимости от объективной сложности стимульного материала (может

сложные задания выполнять на категориальном уровне, а более простые – на конкретно-ситуационном). Выявляется нечеткость мышления с использованием широких обобщений: так, объединяет в одну группу цветок, яблоко и пальто («везде растения, если пальто из х/б – тоже растение»), противопоставляет изображение журавля группе предметов, состоящей из молотка, стола и очков («журавль – это полет, свобода, а остальное – приземленное, усидчивость, работа»), находит общее между сумкой, чемоданом, кошельком и книгой в том, что это «вместилища», при этом указывает, что книга – «вместилище духовных, а другие – материальных вещей», находит различие между ветром и солью в том, что «соль – материальная субстанция, а ветер ни увидеть, ни подержать нельзя». В ряде случаев использует при обобщении маловероятные латентные признаки объектов. К примеру, объединяет гитару, телефон и радио – «звук издают», находит общее между ботинком и карандашом – «ботинком можно писать, подошва пишет на полу, рисует на песке, снегу», различие между рекой и озером объясняет тем, что «река – это полоса, а озеро – это круг или овал». Условный смысл пословиц передает верно. Способна к установлению логических связей и отношений («Пиктограмма», «Исключение предметов», «Исключение понятий», «Пословицы», «Простые аналогии», «Сравнение понятий»).

Применение проективной методики ТАТ и направленной беседы повышенной склонности к фантазированию не обнаруживает. Напротив, рассказы, продуцируемые испытуемой по неструктурированным сюжетным картинкам, очень кратки, редуцированы, в них отсутствуют проникновение во внутренний мир персонажей, развитие сюжета. Действия персонажей характеризуются неконкретно, приблизительно, не может придумать, что предшествовало ситуации, изображенной на картинке, и чем она закончится.

По данным ММРІ, опросника Кеттелла и теста Розенцвейга, выявляются следующие индивидуально-психологические особенности: выраженная интровертированность, отгороженность, эмоциональная холодность, независимость от групповых мнений и оценок, сниженная чувствительность к нюансам межличностного общения, нерешительность, сдержанность, подчиняемость, ригидность установок, эмоциональная незрелость, высокий контроль своего поведения, склонность усложнять внутренние проблемы и фиксироваться на фрустрирующих обстоятельствах, хорошее осознание социальных требований, эмоциональная устойчивость. Следует отметить невыраженность в настоящее время тревоги и эмоциональной напряженности.

Таким образом, при экспериментально-психологическом исследовании на первый план выступают нарушения мыслительной деятельности: нечеткость мышления и неравномерность процесса обобщения с трудностями дифференцирования существенного и несущественного, эпизодическим снижением качества ответов вне зависимости от объективной сложности заданий, искажение процесса обобщения с использованием широких обобщений и маловероятных латентных признаков объектов, а также отдаленных ассоциативных связей. Выраженных расстройств внимания, памяти, умственной работоспособности не обнаруживается. Интеллектуальный уровень в целом высокий – испытуемая способна к абстрагированию, объяснению условного смысла, установлению логических связей. Повышенной склонности к фантазированию не отмечается. Выявляются следующие индивидуально-психологические особенности: выраженная интровертированность, отгороженность, эмоциональная холодность, независимость от групповых мнений и оценок, сниженная чувствительность к нюансам межличностного общения, нерешительность, сдержанность, подчиняемость, ригидность установок, эмоциональная незрелость, высокий самоконтроль, склонность усложнять внутренние проблемы и фиксироваться на фрустрирующих обстоятельствах, осознание социальных требований, достаточно высокий уровень притязаний, эмоциональная устойчивость. Следует отметить невыраженность в настоящее время тревоги и эмоциональной напряженности.

Окончательный диагноз: «Шизофрения».

Пример 2. Испытуемый Ш., обвиняется в убийстве. Задача исследования: дифференциальная диагностика – разграничение расстройства личности и органического психического расстройства.

Во время исследования испытуемый подробно рассказывает о себе, о содеянном, часто плачет. Склонен в сложившейся ситуации обвинять себя, свою «бесхарактерность». Считает себя «очень нервным». Фон настроения снижен. Эмоционально неустойчив. Оценивая свои качества, говорит, что он «довольно умный, с хорошим, но податливым характером», заявляет, что «если бы все такие были, как я, – легче бы жилось».

При выполнении заданий придерживается инструкций, активно интересуется результатами выполнения отдельных заданий и всего исследования, мнением экспериментатора о своих способностях. В ходе исследования в целом и в отдельных методиках обнаруживаются колебания умственной работоспособности (например, на пять таблиц Шульце затрачивает соответственно 90, 75, 50, 85, 72 сек.), нарушения концентрации и распределения внимания. Темп сенсомоторной деятельности замедлен (12–22 счетных операций в минуту в «Счете по Крепелину»). Под влиянием сильной мотивации достижения деятельность дезорганизуется.

Объем запоминания существенно снижен. При непосредственном запоминании 10 слов воспроизводит: 4, 6, 5, 5, 6, спустя 1 час – 5 слов. В «Пиктограмме» воспроизводит верно 5 и 4 – близко по смыслу из 15 опосредованных образными ассоциациями понятий.

Образные ассоциации адекватны, конкретного уровня, отражают ситуационные переживания испытуемого. Например, при предъявлении слова «печаль» рисует склонившуюся березу: «Природа... а здесь природы нет – одна тоска». При объяснении опосредующей связи понятия и образа склонен к рассуждательству. Вербальные ассоциации в целом адекватны. Выявляется бедность ассоциативных связей, на несколько разных слов-стимулов отвечает одинаково: «любовь – вражда», «мир – вражда», «измена – вражда». Обнаруживаются выраженные колебания времени реакции (от 1 до 20 сек.) на общем фоне замедленного ассоциирования (в среднем латентный период ответных ассоциаций 2–5 сек.).

При исследовании мыслительной деятельности выявляются снижение уровня обобщения, недостаточность абстрагирования, конкретность мышления. Обобщает предметы по конкретно-ситуационным связям, второстепенным конкретным признакам, затрудняется в подборе обобщающего слова для группы предметов или понятий («Классификация предметов», «Исключение предметов», «Исключение понятий»). Не может объяснить переносный смысл пословиц, малознакомых или незнакомых испытуемому («Объяснение пословиц»), не сразу улавливает смысл короткого рассказа («Проба Эббингауза»), с трудом устанавливает последовательность событий по серии сюжетных картинок. В объяснение простых пословиц привносит собственные переживания, факты своей биографии. В ходе выполнения заданий контроль умственных действий снижен.

Личность испытуемого (по данным «Теста Розенцвейга» и «Самооценки») характеризуется эмоциональной неустойчивостью, эгоцентризмом, ригидностью, склонностью к реакциям самообвинения в сочетании со стремлением возложить ответственность за конфликты на окружающих.

Таким образом, экспериментально-психологическое исследование выявляет интеллектуально-мнестическое снижение – снижение объема непосредственного и опосредованного запоминания, низкий уровень обобщения и абстрагирования, конкретность мышления в сочетании с колебаниями умственной работоспособности, замедленность темпа деятельности, нарушения концентрации и распределения внимания.

Контроль умственных действий в ходе исследования снижен. Отмечается дезорганизация деятельности под влиянием аффективно значимых воздействий.

Обнаруживаются следующие индивидуально-психологические особенности: слабодушие, эмоциональная неустойчивость, эгоцентризм, ригидность, склонность к реакциям само-

обвинения в сочетании со стремлением возложить ответственность на окружающих в стрессовых ситуациях. Состояние испытуемого характеризуется сниженным фоном настроения и фиксацией на собственных переживаниях.

Диагноз комиссии экспертов-психиатров: «Органическое поражение головного мозга травматического генеза с аффективной неустойчивостью».

Пример 3. Испытуемый В., 15 лет, обвиняется в краже. Предположительный диагноз – «Олигофрения». Задача исследования: установление степени выраженности психических изменений.

Испытуемый в начале беседы вял, пассивен, характеризует себя как «заядлого хулигана». Говорит, что у него «никогда ничего не получается». В ходе исследования оживляется, начинает обнаруживать адекватные эмоциональные реакции, самооценка выравнивается. Правонарушение отрицает. Заявляет о своей согласии с мнением врачей, что у него «эпилепсия, олигофрения, умственная отсталость, задержка развития – это же не я ставил, а они с детства».

Задания выполняет в достаточно быстром темпе, усваивая инструкции с первого раза. При выполнении заданий ориентируется на оценки экспериментатора, соглашается с его замечаниями, стремится учесть их при исправлении своих ошибок.

Запас общих сведений и знаний достаточный – называет фамилии известных писателей, космонавтов, руководителей правительства ряда стран, перечисляет страны света, столицы крупных государств и т. п.

Обнаруживает хорошую ориентировку в практических ситуациях (из субтеста Векслера).

Процесс запоминания в пределах нормы. Динамика заучивания 10 слов (непосредственное запоминание): 5, 6, 8, 9, 10, отсроченно (через час) воспроизводит 9 слов. При опосредованном запоминании (метод «Пиктограмма») из 10 понятий, опосредованных образами, воспроизводит точно – 9 и близко по смыслу – 1 понятие.

Опосредование понятий образами затруднений у испытуемого не вызывает – продуцирует образные ассоциации быстро, способен опосредовать и абстрактные понятия типа «печаль», «развитие» и пр. По содержанию образы адекватны, по уровню в основном конкретны, но в отдельных случаях – и более высокой степени обобщенности.

При исследовании мыслительных процессов выявляется достаточно высокий уровень обобщения и абстрагирования – испытуемый правильно группирует предметы («Классификация предметов»), дает образованным группам обобщающие названия, на последнем этапе справляется с образованием более обобщенных групп предметов («живые существа», «хозяйственные принадлежности», «растительные»).

Испытуемый обнаруживает понимание причинно-следственных логических связей как на вербальном, так и на наглядно-образном материале. Правильно устанавливает последовательность событий по серии сюжетных картинок, составляет по ним рассказы, улавливая подтекст разворачивающегося сюжета. Справляется с завершением предложений, прерывающихся на «потому что...» и «хотя...».

Выявляется недостаточная сформированность навыков счета и письма – пишет медленно, с грамматическими ошибками; в арифметических операциях сложения и вычитания допускает ошибок мало, но считает очень медленно (в «Счете по Крепелину» 15–25 операций за 1 мин.).

При исследовании конструктивного мышления («Кубики Кооса») самостоятельно справляется со складыванием простейших орнаментов из четырех кубиков. При переходе на девять кубиков испытывает затруднения, но после дозированной помощи – объяснения экспериментатором принципа выполнения задания – усваивает способ действия и осуществляет перенос усвоенного способа на другие варианты орнаментов.

В ходе исследования обнаруживаются нерезко выраженные нарушения распределения и переключения внимания.

Таким образом, при экспериментально-психологическом исследовании выявляется достаточный запас общих сведений и знаний, ориентировка в практических ситуациях.

Объем запоминания в пределах нормы. Уровень обобщения и абстрагирования достаточный – на фоне конкретных группировок объектов испытуемый способен и к более категориальным обобщениям. Формальная логика суждений, способность к установлению причинно-следственных связей не нарушены. Недостаточно сформированы навыки письма, счета, оперирования зрительно-пространственными представлениями.

Обнаруживается обучаемость испытуемого. Отмечаются нерезко выраженные нарушения распределения и переключения внимания.

На основании клинического исследования и с учетом заключения психолога испытуемому был снят диагноз «Олигофрения», установлена «Социальная и педагогическая запущенность».

Рекомендуемая литература

Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М., 1985.

Зейгарник Б.В. Патология мышления. – М., 1962.

Зейгарник Б.В. Личность и патология деятельности. – М., 1971.

Иванова А.Я. Обучаемость как принцип оценки умственного развития детей. – М., 1976.

Кудрявцев И.А., Лавринович А.Н., Москаленко Е.П., Сафуанов Ф.С. Особенности патопсихологической квалификации результатов экспериментально-психологического исследования в условиях судебно-психиатрической экспертизы: Методические рекомендации. – М., 1985.

Кудрявцев И.А., Сафуанов Ф.С. Патопсихологические симптомокомплексы нарушений познавательной деятельности при психических заболеваниях: факторная структура и диагностическая информативность // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1989. – Вып. 6. – С. 86–92.

Николаева В.В., Соколова Е.Т., Спиваковская А.С. Спецпрактикум по патопсихологии. – М., 1979.

Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. – М., 1974.

Поляков Ю.Ф. О методологических проблемах взаимосвязи психиатрии и психологии // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1977. – Вып. 12. – С. 1822–1832.

Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника. – М., 1979.

Сафуанов Ф.С. Практикум по судебно-психологической экспертизе. – М.: Смысл, 2008.

Е.И. Сулимовская,
кандидат психологических наук

Принципы патопсихологического исследования

Развитие патопсихологической практики на современном уровне характеризуется рядом противоречивых тенденций. Так, интервенция зарубежных тестовых диагностических методик ведет к формированию описательного, констатирующего стиля заключений. С другой стороны, усложнение и расширение практических задач диктуют необходимость усиления аналитического контекста экспериментально-психологических заключений. Нередко приходится слышать от психологов-практиков, что нагрузка психолога иногда достигает пяти диагностических обследований в день. Есть регионы, где врачи-психиатры настаивают на необходимости диагностики олигофрении и степени ее выраженности (по мнению этих специалистов, проведение психологом теста Векслера позволяет «точно» квалифицировать легкую или умеренную степень дебильности).

Даже эти упомянутые нами факты показывают, что вопросы методологии остаются актуальными для практической патопсихологии. Каков диапазон обязательных и факультативных задач клинического психолога? Какие методики исследования являются необходимыми? В каком виде нужно обобщать и представлять результаты своей работы? Ответы на эти вопросы далеко не однозначны. Заранее договоримся, что в данной лекции понятия «патопсихолог» и «клинический психолог» будут взаимозаменяемыми. Термин «клинический психолог» является более широким и родовым, и данное употребление видится нам целесообразным, поскольку в практических учреждениях существуют ставки медицинского психолога, подразумевающие патопсихологический аспект деятельности.

Наша лекция посвящена анализу одной из важнейших составляющих деятельности клинического психолога, патопсихолога – проведению экспериментально-психологического исследования (ЭПИ) и оформлению заключения. Мы остановимся на следующих вопросах: 1) история и современные особенности проведения экспериментально-психологического исследования; 2) тактика составления патопсихологического заключения и понятие патопсихологического симптомо-комплекса; 3) основные методики патопсихологического исследования; 4) основы патопсихологического анализа в экспертной практике.

По сложившейся традиции деятельность отечественного патопсихолога всегда связана с решением диагностических задач, определяемых запросами психиатрической клиники. Теоретические основы для такого рода работы заложены в трудах Л.С. Выготского, А.Р. Лурии, Б.В. Зейгарник. Размышляя над перспективами развития патопсихологической науки и, А.Р. Лурия отмечал, что деятельность патопсихолога отличается от работы классического ученого в первую очередь способом исследования фактического материала. Этот способ определяется идеографическим анализом, описанием и представлением особенностей психики больного. «Классические» ученые формулируют законы, двигаясь от конкретной реальности ко все более и более обобщенным формулировкам. При этом теряются те характеристики экспериментального материала, которые придают богатство и неповторимость изучаемым объектам. Чтобы избежать подобных «потерь», являющихся главным содержанием работы клинициста, используется идеографический метод. Его целью является описание особенностей конкретного человека (греческое слово «идиос» означает «своеобразное», «принадлежащее кому-то»). Главное в данном случае – не расчленение живой реальности с построением абстрактных схем, а сохранение всего разнообразия событий и развития личности с помощью типологической классификации.

Сам А.Р. Лурия с сожалением писал об исчезновении искусных врачей с их мастерством клинического наблюдения и описания. В настоящее время, по его мнению, распространено убеждение, что электронное или математическое моделирование может заменить наблюдение за реальным поведением. Иными словами, ценность и реальность человеческой сознательной деятельности заменяются механическими моделями и схемами, что может приводить к редукционизму. Склонность сводить живые факты к математическим схемам, отмечал классик, особенно сильна в медицине. Между тем батареи вспомогательных средств часто игнорируют клиническую реальность. Наблюдение больных и оценка синдромов заменяются десятками лабораторных анализов, которые затем обрабатываются с помощью математической техники и выступают в качестве средств диагностики и лечения. На самом деле целью наблюдений является выделение наиболее важных нарушений или первичных главных факторов в основе синдрома, а затем и вторичных, или «системных», последствий этих нарушений. Таким образом достигается основная цель научного исследования – объяснение фактов и одновременно сохранение всего богатства материала.

Данная мысль была продолжена в работах Б.В. Зейгарник. Обсуждая вопрос патопсихологического анализа документальных материалов, она описала следующие этапы работы психолога:

1. Знакомство с историей болезни, которая представляет собой не только медицинский, но и психологический документ, где собраны сведения, характеризующие жизненный путь больного человека, типичные для него способы общения и разрешения конфликтов, круг его интересов и многое другое.

2. Проведение психологического исследования, в процессе которого «заочное» представление о человеке верифицируется и дополняется.

3. Сопоставление полученных данных с имеющимися знаниями о типичных для этой группы больных вариантах динамики личностных изменений и особенностей психики.

В последующем эти идеи получили развитие в понятиях «патопсихологический симптом», «патопсихологический синдром/симптомокомплекс» (в работах Николаевой В.В., Соколовой Е.Т., Гульдана В.В., Кудрявцева И.А., Сафуанова Ф.С., Блейхера В.М.). Под симптомом в патопсихологии подразумевают единичный феномен нарушения психической деятельности, проявляемый в патопсихологическом исследовании. Например, Б.В. Зейгарник выделяла в качестве патопсихологических симптомов ряд нарушений мышления (соскальзывание, искажение процесса обобщения, неадекватный ассоциативный образ и т. д.), отмечая при этом, что они могут быть обусловлены различными механизмами и состояниями.

Умение патопсихолога выделить и корректно классифицировать то или иное нарушение психической деятельности является первым, начальным шагом патопсихологического анализа. Тем самым план высказываний испытуемого «переводится» на язык психологических терминов. Анализируются главным образом «нестандартные», ошибочные ответы испытуемого в процессе эксперимента.

После описанной процедуры первичного анализа психолог получает возможность дальнейшего обобщения выделенных психологических «симптомов» и формирования основной гипотезы исследования, отвечающей на вопрос клинической практики.

В процессе современного развития диагностической деятельности, ориентированной на нужды клиницистов, возникла необходимость соотнесения выводов психологического заключения с нозологической принадлежностью. Действительно, врач ожидает от психолога не простого перечисления обнаруженных особенностей и нарушений, а доказательных обобщений, узнаваемых как типичные особенности психической деятельности человека с тем или иным нозологическим диагнозом. Поэтому в настоящее время говорят о патопсихологическом симптомокомплексе, который соотносится с определенными нозологическими единицами. Описаны шизофренический, органический, психопатический, олигофренический симп-

томокомплексы и синдром психогенной дезорганизации психической деятельности. Названия симптомокомплексов свидетельствуют об их клиническом диагностическом предназначении.

На наш взгляд, наиболее удачно следующее определение патопсихологического симптомокомплекса, данное В.В. Гульданом: *сочетание признаков нарушений психической деятельности, ее сохранных сторон и индивидуальных особенностей психической деятельности, объединенных психологическими механизмами функционирования личности*. Таким образом, итоговая часть заключения понимается как обобщение особенностей психики с описанием личностных механизмов регулирования поведения. Акцентирование идеи системности, иерархичности психических образований позволяет принять суждение о том, что все выявляемые патопсихологические нарушения, совокупность сохранных и нарушенных звеньев психической деятельности, индивидуально-психологических особенностей объединяются посредством личностных механизмов регулирования поведения.

Оформление заключений без категоричных выводов и тем более без употребления диагностических категорий (типа «черты психопатии», «снижение мышления до уровня дебильности» и проч.) несет ценную информацию и в психотерапевтическом процессе, на этапе выработки стратегии клинической и психологической терапевтической работы. В сложных случаях клинический психолог описывает и оценивает не только нарушенные звенья, но и делает акценты на имеющихся ресурсах психической деятельности, личности. Организация реальной реабилитационной помощи больным лицам базируется на информации о том, какие именно мотивы стоят за стремлением к выздоровлению, насколько глубок процесс социальной дезадаптации и адаптации, в чем выражаются когнитивные искажения объективной реальности. Психологическое заключение позволяет определить терапевтические мишени и сформулировать общий прогноз изменений психического состояния больного.

Предлагаем вашему вниманию случай из клинической практики, в котором анализируется соотношение нарушенных психических процессов и сохранных сторон личности.

Пример 1. К психологу обратилась дочь испытуемой Д. с жалобами на навязчивости у матери в течение нескольких лет. В беседе с испытуемой выяснилось, что в настоящее время она работает научным сотрудником в геологическом институте. Раньше много ездила на полевые работы, пыталась писать кандидатскую диссертацию, которую не закончила. Живет с семьей, имеет двух взрослых детей, сына и дочь, а также ухаживает за больной матерью, которая живет вместе с ними. Восемь лет назад заболела системной красной волчанкой, до сих пор принимает большие дозы гормональных препаратов. Имеет 2-ю группу инвалидности по данному заболеванию. Примерно в это же время начала замечать за собой желание стричь волосы, которое обострялось при неблагоприятных жизненных обстоятельствах. Д. часто стригла волосы, причем так коротко, что приходилось надевать платок. В последние годы регулярно, по ночам, пробирается в ванную комнату и перед зеркалом состригает кончики волос. Затрудняется объяснить свои действия, говорит, что волосы «мешают», а после стрижки наступает некоторое облегчение. В беседе напряжена, уклончива, пытается преуменьшить значимость своих проблем. Подробно рассказывает о своем соматическом заболевании, которое она стоически переносит, болезнью стремится объяснить все другие проблемы. Избегает разговора о психиатрическом лечении и возможности психического неблагополучия и в то же время ищет помощи и поддержки у собеседника. Сообщает о решимости «бороться со своими недугами», вместе с тем упоминает о невозможности госпитализации, поскольку должна ухаживать за больной матерью, прикованной к постели.

Экспериментально-психологическое исследование выявило нарушения мыслительной деятельности, характерные для шизофренического симптомокомплекса. У Д. отмечаются схематичность, абстрактность и эмоциональная обедненность ряда ассоциативных образов (в методике «Пиктограмма»), случаи соскальзывания по своеобразным ассоциациям, выраженная неравномерность мышления с актуализацией конкретно-ситуативных и малосуществен-

ных свойств предметов. Исследование личности выявило такие особенности, как выраженная подозрительность, недоверчивое и враждебное отношение к окружающему, склонность к длительной идеаторной переработке информации и построению объяснительных концепций, трудности восприятия эмоциональных нюансов сюжета.

Обращаем внимание на то, что простая констатация характерных психологических симптомов явилась бы неполным описанием целостного патопсихологического шизофренического симптомокомплекса. Наличие таких особенностей, как требовательность к себе, склонность к сверхконтролю своих действий и переживаний, сверхценный характер идей, связанных с благополучием семьи и собственной работой, стремление находить психологически понятные мотивировки своим действиям, – все это позволяет говорить о формировании компенсаторного поведения, направленного на поддержание своего жизненного статуса. Подобные ведущие личностные особенности, во-первых, объясняют многолетнее развитие психического расстройства без соответствующей медицинской помощи, а во-вторых, показывают пути возможной психокоррекционной поддержки с опорой на имеющиеся внутренние ресурсы.

Следующий пример демонстрирует возможности патопсихологического исследования с целью уточнения терапевтических мишеней и выработки дальнейшей тактики терапевтической поддержки.

Пример 2. Во время исследования по направлению психиатра-эксперта испытуемая С. охотно, достаточно подробно отвечает на вопросы, стремится обдумывать формулировки, проявляет интерес к собеседнику и результатам работы. Во время беседы обращают на себя внимание неэффективность личностных защит, выраженная лабильность эмоциональных реакций: в зависимости от темы беседы на глазах у С. появляются слезы, чуть позже – улыбка. Испытуемая фиксирована на темах, связанных со своей личностью и тягостным самочувствием, предъявляет многочисленные жалобы («напряжение на работе», «беспочвенный страх», «трудности общения»). Отмечает значительное улучшение после проведенных сеансов психотерапии, выказывает готовность к дальнейшей работе, интерес к психологии.

В процессе исследования усваивает и удерживает инструкции, работает в среднем темпе. В рамках интеллектуальной нагрузки отмечается повышение психического напряжения в сочетании с ростом числа ошибок внимания, трудностями длительного сосредоточения, что свидетельствует об истощаемости и лабильности психических процессов.

Объем непосредственного и опосредованного запоминания – без выраженных нарушений. Кривая заучивания 10 слов – 7, 10, через 1 час – 7 слов. При исследовании ассоциативных процессов в пробе «Пиктограмма» С. продуцирует адекватные, эмоционально насыщенные опосредующие образы. Отмечаются невысокое качество, символичность рисунков, склонность к использованию штампов, шаблонных изображений (печаль – «в компьютере есть такой значок – печальный человек»; вражда – «топор, как томагавк, который зарывают в землю»). Данные особенности могут свидетельствовать, с одной стороны, о наличии депрессивных тенденций, снижении качества работы в зависимости от эмоциональной нагруженности стимулов, а с другой стороны – о малоконструктивном тотальном контроле, склонности к сдерживанию эмоций.

При исследовании мыслительной деятельности С. без затруднений выполняет различные операции обобщения, сравнения, исключения (методика «Исключение предметов», «Сравнение понятий»), в ответах использует практически значимые свойства предметов, оперирует абстрактными категориями, передает смысл метафор и пословиц. Отмечаются неуверенность в принятии решений, склонность долго обдумывать ответы и формулировки, а при психическом напряжении – понижение качества ответов, склонность к актуализации малозначимых свойств и расплывчатых формулировок («мера чего-то», «технический свет»).

Результаты личностных методик (Самооценка, ЦТО, Рисунок человека, тест Розенцвейга) выявляют наличие внутреннего стрессового состояния, перенапряжения, связанного

со сдерживанием эмоций; сочетание дисгармоничных, конфликтных, эмоционально насыщенных установок.

Так, потребность в искренних и стабильных отношениях, комфорте и защите, невысокие ресурсы предприимчивости сочетаются со стремлением к независимости и самореализации, с достаточно высоким и ригидным уровнем притязаний, трудностями нахождения компромиссных решений. Актуальное состояние характеризуется пониженной побудительной силой и низкой общей энергетикой, доминантным чувством долга и ответственности, отвержением своей личности и перспектив, выраженной ранимостью, фиксацией на отрицательных переживаниях.

Таким образом, при экспериментально-психологическом исследовании на фоне достаточно высокого интеллектуального уровня и умственной продуктивности, сохранности объема запоминания, адекватных и выразительных ассоциативных образов выявляются признаки истощаемости и лабильности психических функций, а в условиях интеллектуальной нагрузки – склонность к росту психического напряжения, трудности сосредоточения и контроля, случаи нечетких и расплывчатых решений.

На первый план выступают такие особенности актуального состояния испытуемой: высокое внутреннее напряжение, фиксация на отрицательных переживаниях, эмоциональная лабильность, стремление к формированию ограничительного поведения и сдерживанию эмоций, признаки эмоциональной дезорганизации мышления. Личность характеризуется дисгармоничностью и аффективной насыщенностью значимых проблем; выявляются достаточно высокий и ригидный уровень притязаний, трудности нахождения компромиссных решений, потребность в глубоких и стабильных отношениях.

Рекомендации:

1. С учетом благоприятной динамики психотерапевтического процесса сфокусировать внимание на процессе стабилизации и нормализации психического состояния (нормализация как смещение внимания со своих проблем на общий житейский и социальный контекст).

2. Проработать тему самоконтроля: самоконтроль как пластичный навык проявления своих переживаний в зависимости от своего окружения, а не как механизм сдерживания эмоций.

3. На завершающем этапе психотерапевтического процесса предложить испытуемой участие в групповом терапевтическом процессе, поскольку выявлены проблемы, связанные с социальной адаптацией и с близкими отношениями (в процессе исследования испытуемая получила информацию о подобной возможности).

В работе патопсихолога принято выделять *две основных диагностических задачи* (по Сафуанову Ф.С.):

1. Участие в дифференциальной диагностике того или иного психического расстройства.
2. Исследование и описание степени выраженности психических расстройств.

Вторая задача, как правило, реализуется в отношении лиц с умственной отсталостью различной степени выраженности; подростков и взрослых с остаточными явлениями органического поражения головного мозга и психическими расстройствами; лиц с постпроцессуальными особенностями психики и проч.

Задача описания степени выраженности психических расстройств усложняет процесс составления заключения. В таких случаях заключение может строиться как сочетание сохраненных/достаточных возможностей и нарушенных/ограниченных возможностей психической деятельности в мыслительной и личностной сферах. Если результаты психологического исследования свидетельствуют о выраженных нарушениях психики, то нарушения описываются в первую очередь. Пограничный характер нарушений или легкая степень их выраженности позволяют описывать в первую очередь сохраненные, достаточные, благополучные звенья психической деятельности.

При оценке психологом степени выраженности психических расстройств особое внимание уделяется анализу практической осведомленности испытуемого и знанию морально-этических норм, вопросам обучаемости, личностной состоятельности, наличию таких особенностей, как внушаемость, пониженный контроль деятельности, возможность дезорганизации психической деятельности в аффективно значимых ситуациях. Нередки случаи, когда испытуемые с нерезко выраженным интеллектуальным снижением демонстрируют легкую внушаемость, некритичность к предложениям окружающих. В реальной жизни подобные больные несостоятельны при принятии ответственных решений и при произвольной реализации своих намерений.

Приведем некоторые экспериментально-психологические заключения, иллюстрирующие решение диагностических задач.

Пример 3. Резюме экспериментально-психологического заключения на испытуемого с постпроцессуальными особенностями психики

Таким образом, при экспериментально-психологическом исследовании на фоне относительно сохранной операциональной стороны мышления, возможностей выполнения различных мыслительных действий, продуцирования стандартных ассоциаций выявляются мотивационные нарушения мышления, случаи актуализации формальных и латентных признаков объектов, склонность к неадекватным стереотипным обобщениям по конкретно-ситуационным основаниям, эмоциональная обедненность ассоциативных образов, а также диссоциация между достижениями в одних видах деятельности и дезинтегративными, примитивными результатами – в других.

Выявляются измененность эмоционально-смысловой сферы и процесса самовосприятия, повышенная активность, склонность к фиксации на деталях и их идеаторной разработке, тенденция представить себя в благоприятном свете, а при обсуждении аффективно значимых тем – выраженная некритичность и склонность к продуцированию психопатологичных высказываний.

Пример 4. Резюме экспериментально-психологического исследования на испытуемого с выраженными особенностями психики вследствие органического поражения головного мозга

Таким образом, при экспериментально-психологическом исследовании на первый план выступают выраженная утомляемость и истощаемость психических процессов, пониженный объем памяти, неравномерность и замедленность умственной работоспособности, трудности целостного осмысления информации. На фоне достаточных потенциальных умственных способностей, ориентации в практических ситуациях и социальных нормах выявляются признаки выраженного интеллектуального снижения, ограниченный словарный запас, сугубая конкретность мышления, примитивность и стереотипность ассоциативных образов, фрагментарность и поверхностность восприятия.

Отмечаются такие особенности, как ограниченный круг интересов бытового характера, формальное и эмоционально обедненное отношение к действительности, склонность перекладывать ответственность и вину на окружающих, примитивность оценок, малокритичное отношение к себе и своим поступкам.

Пример 5. Резюме на несовершеннолетнего испытуемого (15 лет) с нерезко выраженными особенностями психики (с целью уточнения степени выраженности психического инфантилизма)

Таким образом, при экспериментально-психологическом исследовании выявляются достаточный интеллектуальный уровень, доступность выполнения различных мыслительных операций, понимания условных смыслов, оперирования абстрактными понятиями. Ассоциации адекватны, выразительны. Мнестические процессы в пределах нормы.

Отмечаются нерезко выраженная отвлекаемость, пресыщаемость, пониженная произвольная активность внимания.

При достаточной осведомленности испытуемого в различных социальных нормах поведения, возможностях реализации целенаправленных действий с учетом конкретных обстоятельств, оценки своих личностных качеств отмечаются демонстративные тенденции, склонность представить себя в благоприятном свете, ориентацией на внешнюю оценку, потребностью в признании, широких социальных контактах в сочетании с личностной незрелостью, развлекательным характером интересов и склонностью игнорировать принятые правила поведения, непосредственностью и поверхностностью эмоциональных проявлений, пониженным чувством вины.

А сейчас обсудим *вопросы применения методик в диагностическом патопсихологическом обследовании*.

Для решения дифференциально-диагностических задач в настоящее время используется стандартный набор патопсихологических методик. В него входят методики, направленные на исследование умственной работоспособности (корректирующая проба, таблицы Шульте, проба Крепелина), непосредственного запоминания (методика «10 слов»), ассоциативной сферы (методика «Пиктограмма», ассоциативный тест), мыслительной деятельности (методики «Исключение предметов», «Сравнение понятий», «Простые аналогии», «Сложные аналогии», интерпретация метафор и пословиц, установление последовательности сюжетных картин).

Исследование личности предполагает использование как известных клинических тестов и опросников, так и проективных методик. По сведениям американских коллег («Основы клинической и консультативной психологии» Дж. Тодда, А.К. Богарта), в список наиболее популярных проективных тестов, используемых в клинической практике в Америке, входят: шкала Векслера для измерения интеллекта взрослых, тест тематической апперцепции (ТАТ), тест на достижения широкого спектра, зрительно-моторный гештальт-тест Бендера, тест Роршаха, тест «Нарисуй человека», Миннесотский многофакторный личностный опросник (ММРП), тесты на завершение фраз, шкала Векслера для измерения интеллекта детей, а также рисуночный тест «Дом – дерево – человек». Очевидно, что арсенал методических средств зарубежных клинических психологов ненамного отличается от отечественных традиций.

В добавление к упомянутым методикам в настоящее время для исследования индивидуально-психологических особенностей используются тест фрустрационной толерантности Розенцвейга, цветовой тест отношений, тест Кеттелла, тест руки и некоторые другие.

На наш взгляд, исследование сложных случаев требует не столько увеличения числа используемых методик, сколько углубления анализа экспериментальных данных. Отдельно хотелось бы выделить методику «Пиктограмма», которая может дать информацию практически о всей психической деятельности испытуемого. Действительно, можно изучить не только объем опосредованного запоминания, но и особенности когнитивных процессов: принятия решения (при обдумывании ответа), логики суждений и проекции личностных характеристик (при пояснениях к рисункам), адекватности ассоциативных образов. Кроме того, анализ рисунков проводится в соответствии с общими особенностями рисуночных проективных тестов, в процессе которого можно получить информацию о личности и психическом (эмоциональном) состоянии испытуемого. Эти направления исследования предполагают и собственно патопсихологический анализ с выделением нарушений ассоциативных процессов.

Вслед за классиками патопсихологии, С.Я. Рубинштейн, В.М. Блейхером, мы выделим ряд особенностей применения психодиагностических методик в клинике.

1. Наиболее предпочтительным является качественный анализ данных, который должен дополнять применение психометрических средств.

2. Проведение каждой методики целесообразно дополнять расспросом, выясняющим ход рассуждений больного, его отношение к происходящему, преобладающие мотивы действий.

3. Большинство патопсихологических методик обладают широким диапазоном применения и позволяют исследовать сразу несколько психических функций. Особенно богата в этом отношении методика «Пиктограмма», которая дает возможность выявить и особенности мышления, и ассоциативные процессы, и проекцию основных личностных детерминант, и особенности эмоциональной сферы.

4. Допустимо изменять направленность методики путем незначительной корректировки инструкции для уточнения диагностических гипотез. Так, при проведении счета по Крепелину тактика вопросов типа: «Вы уверены в ответе?», «Могли бы вы работать быстрее?», «Как, на ваш взгляд, вы справились с заданием?», позволяет исследовать не только умственную работоспособность, но и помехоустойчивость, склонность к дезорганизации психической деятельности, особенности личностных реакций в условиях дефицита времени и эмоциональной напряженности.

Как правило, в процессе одного экспериментально-психологического исследования используются 5–10 методик. В зависимости от целей и ресурсов времени батарею методик можно сужать или расширять. При подборе методик важно учитывать следующие факторы:

1. Цель исследования, определяемая задачами дифференциальной диагностики либо выяснением эффективности терапии.
2. Образование больного, его жизненный опыт.
3. Особенности психического состояния или контакта с больным (наличие депрессивного синдрома, реакций оппозиции или негативизма, возможная глухота, слепота и проч.).

И наконец, подробнее остановимся на **проблеме патопсихологического анализа в экспертной практике**.

Допустим, патопсихологическое исследование завершено и психолог имеет подробнейший протокол со всеми ответами и репликами испытуемого. После исследования работоспособности, памяти, внимания, мышления и т. д. возникает вопрос о том, что дальше делать с этой вербальной продукцией испытуемого. Некоторые неопытные психологи на этом этапе сразу начинают формулировать гипотезы о психическом расстройстве, нарушениях мышления, личностных особенностях испытуемого. На самом же деле до начала такой работы следует перевести «первичный», «сырой» материал в систему психологических понятий.

Первый шаг экспериментатора заключается в отделении стандартных, малопроективных решений от ответов, отличающихся своеобразием или эмоциональной окрашенностью. Эти стандартные решения не анализируются вследствие своей малоинформативности.

Последние подлежат оценке через призму «базового уровня» испытуемого, включающего полученное образование, профессиональные навыки, сформированный стиль мышления и речи. Например, обилие своеобразных, личностно значимых тем и пояснений, игнорирование объективного решения по принципу «нравится – не нравится» правомерно отнести к базовому уровню испытуемого, если его профессия связана с творческой деятельностью. А склонность к абстрактным и символическим обобщениям свойственна лицам, связанным с компьютерными технологиями.

Здесь уместно напомнить известную классификацию нарушений мышления Б.В. Зейгарник. Нарушения мыслительной деятельности могут быть представлены в виде: 1) операционных нарушений мышления как снижение или искажение уровня обобщения; 2) нарушений динамики мышления как расстройства процессуальной стороны с неустойчивостью уровня обобщения, лабильности, инертности, откликаемости и др.; 3) нарушений мотивационного компонента мышления как утеря целенаправленности деятельности с разноплановостью мышления и различными расстройствами критичности.

Итак, любой нестандартный вариант решения подлежит патопсихологической оценке. При этом следует отметить универсальность, многоплановость информации, получаемой в эксперименте. Так, Б.В. Зейгарник отмечала, что применение методик, активизирующих позна-

вательную деятельность, всегда включает и актуализацию личностных компонентов. Каким же образом дифференцировать «правильные» и «неправильные» ответы? Каковы критерии экспериментатора, дающие право оценить ответ испытуемого как «ошибочный»? Разберем подробнее эти вопросы.

Система понятий для оценки патопсихологических феноменов была разработана в трудах Ю.Ф. Полякова с сотрудниками, которые изучали нарушения мышления и других психических функций у больных шизофренией. Для корректного описания деятельности психически больных была выделена центральная системообразующая единица анализа – понятие актуализируемых признаков, с помощью которых описывались экспериментальные данные.

Согласно теории Ю.Ф. Полякова, патология познавательных процессов у больных шизофренией связана с нарушением избирательности актуализации знаний из памяти на основе факторов прошлого опыта. Как правило, прошлый опыт экономным образом ограничивает привлечение знаний для обработки той или иной информации. У больных шизофренией отсутствует избирательность в процессе переработки информации, вследствие чего становится возможной актуализация максимально широких признаков и объектных отношений.

Критерием оценки подобных признаков явилась частота использования того или иного признака группой здоровых людей. Этот признак отражает качественную характеристику признака, поскольку человеку свойственно выделять в предметах прежде всего практически значимые признаки и отношения, исторически закрепленные в системе понятий. В зависимости от частоты использования здоровыми лицами все признаки разделены на «стандартные» и «нестандартные». Поэтому ослабление функции селекции, избирательности информации проявляется в расширении круга привлекаемых сведений, в актуализации редко используемых, маловероятных, необычных и поэтому латентных признаков, речевых связей, зрительных и акустических эталонов. Указанная особенность объясняет такую патологию речи и мышления, как «вычурность», «псевдоабстрактность», «разноплановость» и др.

Для нашей темы важными представляются два момента. Во-первых, в школе Ю.Ф. Полякова разработана система объективных психологических критериев оценки экспериментальных данных. Не клиническая практика и не опыт экспериментатора, а частота встречаемости какого-либо признака в реальной действительности служит основанием для оценки ответов испытуемого. Во-вторых, использование качественных признаков при патопсихологическом анализе позволяет перевести первичные, «сырые» ответы испытуемых в плоскость патопсихологических понятий и терминов. Лишь после этого возможно построение общих гипотез и выводов относительно всего исследования.

А теперь хотелось бы остановиться на *вопросе профессионального (патопсихологического) языка*. Арсенал словаря патопсихолога достаточно широк, но для наших целей позволим себе представить наиболее часто употребляемые термины в систематизированном виде. Итак, любой ответ испытуемого, понимаемый как совокупность актуализируемых признаков предметов/явлений, можно разделить по трем параметрам. Во-первых, это уровень обобщения, во-вторых, качество (стандартность) признака, в-третьих, субъективность или эмоциональная окрашенность признаков в ответе. Если провести аналогию с геометрической системой пространственных координат, то параметр «уровень обобщения» будет соответствовать оси абсцисс, параметр «качества признаков» – оси ординат, а параметр «эмоциональная окрашенность» – оси аппликат. Каждый ответ испытуемого можно разложить по одному, двум или трем параметрам.

Параметр, характеризующий *уровень обобщения*, отражает степень интеграции прошлого опыта, умение оперировать различными понятиями и абстрагироваться от конкретных, наглядных признаков объектов. Операция обобщения выступает в качестве наиболее существенной и основополагающей операции познавательной деятельности. Уровень ее развития в самом общем виде соотносится с уровнем образования испытуемого. Наиболее стандартными

и «ожидаемыми» являются практически значимые, существенные признаки объектов, в которых закреплён социальный опыт категоризации значимого предметного содержания. Шкала, упорядоченная по степени восхождения признаков от конкретных к абстрактным, выглядит следующим образом:

- комплексы-синкреты;
- конкретно-ситуативные признаки;
- конкретные и функциональные признаки;
- практически значимые признаки (стандартные);
- абстрактные, категориальные отношения (признаки);
- символические, усложнённые свойства.

Например, рассмотрим варианты ответов при сравнении далеких по смыслу понятий «ботинок – карандаш». Рассуждение испытуемого с высшим образованием «общее у них то, что это предметы, используемые человеком» можно рассматривать как использование достаточно абстрактных категорий на основе значимых признаков предметов. Ответ испытуемого «и то, и другое носят» можно рассматривать как решение с актуализацией функциональных признаков предметов. Рассуждение типа «оба предмета имеют ряд общих аспектов, например, в них вкладывается нечто среднее: в ботинок вкладывается нога, а в карандаш – стержень» можно трактовать как усложнённое, абстрактное.

Параметр *качества* признаков отражает частоту их употребления, «стандартность», в условиях реальной жизни. Для описания нестандартности, неадекватности актуализируемых признаков в психопсихологических исследованиях используется ряд терминов, представленных ниже. Признаки предметов, имеющие конкретный характер и воспринимаемые посредством органов чувств, сменяются на нашей шкале абстрактными и умозрительными свойствами, которые не могут быть представлены в чувственном плане. Параметр может быть выражен следующими значениями:

- поверхностные, наглядные признаки;
- второстепенные признаки;
- малозначимые, малосущественные признаки;
- стандартные, существенные, значимые признаки;
- отдалённые признаки;
- своеобразные, усложнённые признаки;
- латентные признаки.

Рассмотрим в качестве примера варианты сравнений далеких по смыслу понятий «глобус – бабочка». Ответ «есть общее, они пестренькие» можно рассматривать как суждение с использованием поверхностных, наглядных признаков предметов. Восприятие этого испытуемого скользит «по поверхности» предмета, отмечая лишь наиболее яркие признаки и игнорируя существенные свойства. Для лучшего понимания термина «поверхностные, наглядные признаки предметов» уточним, что имеются в виду свойства объектов, доступные восприятию органами чувств. Это все то, что видится, осязается, слышится, вообще чувствуется.

Ответ «они движутся относительно центральной оси» представляется усложнённым, с актуализацией малозначимых, несущественных свойств предметов. Рассуждение «это молекулярные сущности единой Вселенной с разными атрибутами, используемыми Человеком разумным» следует трактовать как склонность к актуализации отдалённых, усложнённых свойств предметов.

Параметр *эмоциональной окрашенности* позволяет оценить личностное отношение испытуемого к происходящему, констатировать наличие или отсутствие проекции значимых переживаний, соотнести эмоциональную нагруженность полученного ответа со стимульным материалом. По степени выраженности эмоционального компонента возможные варианты располагаются следующим образом:

- формальные признаки и ответы-штампы;
- эмоционально окрашенные признаки;
- ответы по принципу личного, субъективного предпочтения;
- личностно значимые, проективные признаки;
- эмоционально нейтральные признаки;
- эмоционально обедненные признаки;
- выхолощенные признаки;
- малопроективные признаки.

Разберем этот параметр на примере интерпретации понятий в методике «Пиктограмма». Понятие «страх» является настолько эмоционально нагруженным, что уже само по себе предполагает эмоциональные интерпретации или личностно значимые комментарии. Поэтому рассуждение «страх я изобразил как движение адреналина в нервной системе» можно расценить как эмоционально выхолощенный ответ. Рассуждение испытуемого «нарисовал череп со скрещенными костями, так он обычно обозначается» можно рассматривать как нейтральный, малопроективный ответ с использованием стандартных символов. Ответ по типу «я не знаю, что такое страх... другие боятся всяких там... насекомых, нечисти, а я стою выше этого» можно расценить как субъективное, проективное рассуждение.

Таким образом, развитие «технологии» патопсихологического анализа позволяет расширить возможности профессионального описания вербальной продукции испытуемых в ходе эксперимента. Корректно оформленное резюме служит созданию целостного образа испытуемого, выявлению психологического симптомокомплекса, помогающего решать диагностические вопросы в отношении различных нозологических единиц. Даже если речь не идет о психическом расстройстве, подобный стиль анализа позволяет сформировать «психологический портрет», по выражению В.В. Николаевой, который максимально приближен к особенностям личности испытуемого.

Рекомендуемая литература

- Антонян Ю.М., Гульдан В.В. Криминальная патопсихология. – М., 1991.
- Блейхер В.М. Клиническая патопсихология. – Ташкент, 1976.
- Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика. – Киев, 1980.
- Братусь Б.С. Аномалии личности. – М., 1988.
- Выготский Л.С. Нарушение понятий при шизофрении // Избранные психологические исследования. – М., 1956. – С. 481–497.
- Зейгарник Б.В., Братусь Б.С. Очерки по психологии аномального развития личности. – М., 1980.
- Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М., 2000.
- Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. – Л., 1982.
- Кожуховская И.И. Нарушения критичности у психически больных: патопсихологическое исследование. – М., 1985.
- Коченов М.М., Николаева В.В. Мотивация при шизофрении. – М., 1978.
- Кудрявцев И.А., Сафуанов Ф.С. Патопсихологические симптомокомплексы нарушений познавательной деятельности при психических заболеваниях: факторная структура и диагностическая информативность // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1989. – Вып. 6. – С. 86–92.
- Лонгинова С.В., Рубинштейн С.Я. О применении метода «пиктограмм» для экспериментального исследования мышления психически больных: Методическое письмо. – М., 1972.
- Лурия А.Р. Этапы пройденного пути. Научная автобиография / Под ред. Е.Д. Хомской. – М., 1982.

Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / Под ред. М.М. Кабанова, А.Е. Личко. – Л., 1983.

Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. – М., 1974.

Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. – М., 1970.

Соколова Е.Т. Мотивация и восприятие. – М., 1976.

Херсонский Б.Г. Исследование операциональной стороны мышления в патопсихологии. Аналитические факторы и классификация методик // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1984. – Вып. 12. – С. 1832–1838.

Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении / Под ред. Ю.Ф. Полякова. – М., 1982.

Ф.С. Сафуанов,
профессор, доктор психологических наук
Патопсихология криминальной агрессии

Определение криминальной агрессии

При исследовании агрессии мы сталкиваемся с одним простым, но парадоксальным фактом: при непосредственном наблюдении за поведением других людей не составляет большого труда оценить их действия как агрессивные или неагрессивные, но формулировка точного и исчерпывающего определения феномена агрессии вызывает большие затруднения. В психологической литературе приводится множество разнообразных дефиниций, но одни из них смешивают понятия агрессии и агрессивности (т. е. форму поведения и свойство личности), другие являются слишком узкими и не охватывают всех видов и форм агрессивного поведения (агрессию прямую и косвенную, физическую и вербальную, активную и пассивную, враждебную и инструментальную, рациональную и аффективную, непосредственную и смещенную, конструктивную и деструктивную, проактивную и реактивную, социализированную и асоциальную и т. д.), третьи, напротив, оказываются слишком широкими и включают такие криминальные действия, которые обычно как агрессия не рассматриваются (правонарушения, совершенные по неосторожности или как результат несчастных случаев, и пр.). Кроме того, как правило, определения не включают в себя агрессивное поведение лиц с психическими расстройствами.

На наш взгляд, дать исчерпывающее определение всех существующих типов агрессии практически невозможно: любое из них будет неизбежно либо сужать, либо расширять границы понятия.

Предметом нашей лекции является криминальная агрессия. Этот термин охватывает более узкий круг явлений, нежели понятие «агрессия». Уголовно-правовые ограничения сводятся к отнесению к криминальной агрессии таких действий, которые подпадают под признаки преступлений. Кроме того, эти действия должны реализовывать какой-либо умысел, прямой или косвенный. Круг общественно опасных действий и квалифицируемых преступлений охватывает прежде всего различные виды убийства (ст. ст. 105–108 УК РФ), доведение до самоубийства (ст. 110 УК РФ), умышленное причинение вреда здоровью разной степени тяжести (ст. ст. 111–115 УК РФ) и некоторые другие преступления, сопровождающиеся насилием, угрозами, унижением, особой жестокостью. С психологической точки зрения к действиям, подпадающим под объем понятия «криминальная агрессия», относятся такие виды агрессии, как прямая, физическая, активная. В то же время указанные статьи УК РФ охватывают враждебную и инструментальную, рациональную и аффективную, непосредственную и смещенную, конструктивную и деструктивную, проактивную и реактивную формы агрессии.

Учитывая проблемы, возникающие при понимании феномена агрессии, которые связаны с необходимостью учета трех разных позиций (наблюдателя, субъекта и объекта агрессии) и неоднозначностью соотношения мотива и цели обвиняемого при совершении правонарушения, мы можем дать следующее операциональное определение криминальной агрессии: *криминальная агрессия – это форма поведения (конкретное действие), реализующая какое-либо намерение или побуждение по отношению к потерпевшему (мотивированное действие) и связанная с этим намерением (побуждением) определенным смысловым отношением, объективно направленная на причинение вреда (ущерб) его жизни или здоровью.*

Это определение не относит к кругу агрессивных преступлений, не направленные против жизни и здоровья граждан, а также такие действия, которые не связаны с каким-либо субъективным прямым умыслом (осмысленным намерением или эмоционально обусловленным побуждением) по отношению к жертве (преступления, совершенные по неосторожности, т. е. по легкомыслию или небрежности, или невиновное причинение вреда). В то же время оно не дает оснований исключать из круга агрессивных убийства, нанесение вреда здоровью и т. п. в тех случаях, когда цель подобных действий соподчинена неагрессивным мотивам, в том числе и психопатологически обусловленным. Кроме того, в отличие от чисто бихевиорального подхода введение категории намерения позволяет считать криминальной агрессией и такие действия, которые в уголовном праве рассматриваются как «приготовление к преступлению» и «покушение на преступление». Человек может не довести до конца свои агрессивные намерения по причинам, не зависящим от него (например, он стреляет из пистолета, но происходит осечка или он промахивается, его руку перехватывает потерпевший и т. п.), но от этого его действия не перестают быть агрессивными. Указание на объективную направленность действий на причинение вреда жизни или здоровью дает также возможность развести криминальные действия и агрессивные свойства личности, ее антиобщественные помыслы, намерения, убеждения. Выраженная агрессивность может не сопровождаться агрессией или выражаться в социализированных, не криминальных формах агрессии. И наконец, данное определение включает в себя и общественно опасные действия невменяемых лиц (с разными формами психических расстройств), которые формально нарушают уголовно-правовой запрет, но не могут быть квалифицированы как преступления. Таким лицам нельзя вменить уголовно-правовую категорию «вины»: в ст. 14 УК РФ границы преступления определяются как «виновно совершенное общественно опасное деяние».

Психологическая типология криминальной агрессии

Не ставя перед собой цели дать подробный анализ существующих теорий агрессии, рассмотрим их с точки зрения достижения основной цели исследования: построения психологической типологии криминальной агрессии.

В теориях влечения (К. Лоренца, З. Фрейда, В. Макдаугалла), исходивших из представления о поведении человека как непосредственной реализации внутренних побуждений, т. е. о решающей роли личностных факторов в мотивации деятельности, считалось, что агрессивные действия являются следствием высокого уровня агрессивности как свойства личности, и не придавалось большого значения ситуационным переменным. Этологические и психоаналитические теории не могут объяснить возникновение и развитие всех видов агрессивного поведения, но, несомненно, существуют такие агрессивные действия, которые являются реализацией высокого уровня личностной агрессивности. Если рассматривать возможную типологию агрессии в рамках анализируемого подхода, то легко увидеть, что она сводится к дихотомии «низкая агрессивность – высокая агрессивность», т. е. рассматривает агрессивные действия по единственной шкале, на которой высокому уровню агрессивности будет соответствовать агрессивное поведение, а низкому – неагрессивное (рис. 1).

Фрустрационная теория агрессии Дж. Долларда с соавторами вводит другой фактор для объяснения поведения – ситуационный. Агрессия выступает как реакция на фрустрацию, а любая фрустрация неизбежно вызывает агрессию. В практике судебной психолого-психиатрической экспертизы такого рода агрессивные правонарушения встречаются довольно часто. Характерно, что уголовное право четко выделяет такие преступления в отдельные категории. Так, смягчающим наказанием обстоятельством считаются фрустрирующие воздействия в виде «стечения тяжелых жизненных обстоятельств», «противоправности или аморальности поведения потерпевшего» (ст. 61 УК РФ), в ст. ст. 107 и 113 УК РФ учитываются «насилие, издева-

тельство или тяжкое оскорбление со стороны потерпевшего либо иные противоправные или аморальные действия потерпевшего» и «длительная психотравмирующая ситуация», возникшая в связи с этими действиями, а в ст. 106 УК РФ как один из видов детоубийства выделяется убийство матерью новорожденного ребенка «в условиях психотравмирующей ситуации». Ясно, что все разнообразие криминальных агрессивных действий обвиняемых нельзя объяснить, исходя из фрустрационных теорий агрессии. Тем не менее для типологии агрессивных действий введение дополнительной оси – уровня фрустрации, или, иначе говоря, измерения, различающего «нейтральные» и «психотравмирующие» ситуации, в которых совершаются правонарушения, имеет большое значение. В отличие от одномерной классификации, задаваемой «инстинктивистскими» теориями, введение ситуационной переменной позволяет строить двухмерную типологию, учитывающую и уровень агрессивности как свойства личности, и характеристику ситуации, в которой разворачиваются агрессивные действия, т. е. выделить уже четыре типа криминального агрессивного поведения (рис. 2).

Важнейшим принципом анализа мотивации поведения с точки зрения современных представлений является учет взаимодействия личности и ситуации, что всегда используется при судебно-психологической оценке конкретного деликта. Какие же компоненты личности наряду с агрессивностью могут непосредственно влиять на генез агрессивного поведения? Такие структуры личности рассматриваются в теории социального научения А. Бандуры. Социальное научение (в основном протекающее как викарное научение – через наблюдение поведения других) предполагает, что у человека закрепляются те формы поведения, которые получают положительное подкрепление, и оттормаживаются такие действия, которые подкрепляются отрицательно (например, через наказание). В процессе развития личности внешние подкрепления, позитивные и негативные, интериоризируются и переходят во внутренний план, становясь уже субъектными, внутриличностными регуляторами поведения. Таким образом, ситуативное развитие агрессивных действий становится зависимым от личностных структур, либо облегчающих проявления агрессии, либо, напротив, обладающих по отношению к ним преградным смыслом.

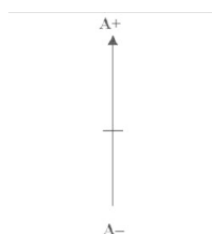


Рис. 1. Одномерная типология агрессии:

A+ – высокая агрессивность;

A— низкая агрессивность

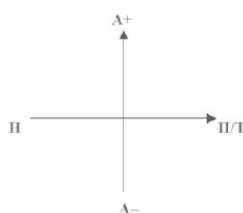


Рис. 2. Двухмерная типология агрессии:

Н – относительно нейтральная ситуация;

П/Т – психотравмирующая ситуация

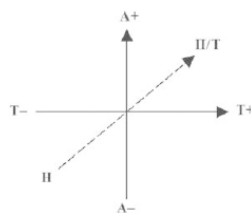


Рис. 3. Трехмерная типология агрессии:

T+ – выраженность личностных структур, тормозящих агрессию;

T— их невыраженность

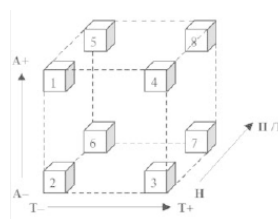


Рис. 4. Типы криминальной агрессии в трехмерном пространстве.

Обозначения шкал соответствуют рис. 1–3

Современные мотивационные теории агрессии рассматривают в качестве основополагающих личностных факторов агрессивного поведения наряду с агрессивными тенденциями (базовой агрессивностью индивида) также и тенденции торможения (или подавления) агрессивности, которые часто характеризуются как мотивы, оказывающие тормозящее влияние на открытое проявление агрессивности в поведении. Это позволяет выделить в качестве третьего основания психологической типологии криминальной агрессии измерение «выраженность тормозящих агрессию личностных структур» (рис. 3).

Введение наряду с «уровнем агрессивности» еще одной личностной переменной – «выраженности тормозящих агрессию тенденций» – имеет глубокий психологический смысл. В трехмерной типологии форм криминальных агрессивных действий (рис. 4) при психологическом исследовании мотивации поведения учитывается не только принцип взаимодействия личностных и ситуационных факторов, но и принцип системного анализа самих личностных структур, учет взаимодействия различных сторон организации личности.

Интерпретация осей классификации криминальной агрессии сама по себе является сложной проблемой, поскольку не существует однозначного понимания того, что такое «агрессивность», «тормозящие агрессию структуры личности», «психотравмирующие ситуации». Не претендуя на исчерпывающее объяснение, отметим, что рассматриваемые измерения охватывают достаточно широкий круг явлений.

Агрессивность можно рассматривать в трех планах. Во многих случаях она выступает как *мотивационная тенденция*, внутреннее побуждение к совершению агрессивных действий. Закрепленная как привычный способ реагирования в различных жизненных ситуациях, эта тенденция выступает уже как *черта личности*. Если же агрессивность в повседневной жизни проявляется не в обычных условиях, а только при психотравмирующих, фрустрирующих воздействиях, мы можем рассматривать ее как *реактивную*. Следует отметить, что достоверно возможно диагностировать только агрессивность как черту личности и реактивную агрессивность, поскольку выявление агрессивности как мотивационной тенденции требует специальных диагностических процедур, преимущественно проективных методов, которые в условиях КСППЭ обладают низкой валидностью и недостаточной надежностью в силу разнообразных причин.

Круг *тормозящих* *прямое проявление агрессивных побуждений и намерений личностных структур* еще более широк. Условно можно выделить следующие группы тормозящих тенденций.

Ценностные. Можно понимать под тормозящими тенденциями ценностные ориентации человека, связанные с гуманистической направленностью, религиозными убеждениями, социальными установками. Они характеризуют личность с содержательной стороны ее главных мотивов, жизненных целей, общей направленности, т. е. в плане основных смысловых образований, «внутреннего мира человека». Ценностные структуры подавляют агрессивные побуждения еще на начальных этапах генеза мотивации.

Социально-нормативные. Связаны с таким элементом структуры личности, как социальные роли. Основой, на которой формируются эти роли, являются социальные нормы – морально-этические и правовые. Социально-нормативная регуляция поведения расширяет контекст деятельности, включая референтные социальные группы в структуру отношений с окружающим миром. Д.А. Леонтьев выделяет роли конвенциональные и неформальные. Тормозящее влияние на агрессию оказывает в основном конвенциональная регуляция действий, связанная с учетом интересов широких социальных групп, общества в целом, с потребностью в социальном одобрении, вплоть до стремления строить свое поведение согласно правовым ожиданиям и предписаниям. Неформальные роли в отличие от конвенциональных могут и не выполнять функцию противодействия агрессии – в случаях повышенного конформизма, зависимости от асоциальных норм малой группы, деиндивидуализации и свободы от ответственности в тоталитарных религиозных и псевдорелигиозных сектах.

Таким образом, мы связываем социально-нормативные регуляторы агрессии с принятием социальных ролей, ориентированных на конвенциональные, разделяемые обществом в целом морально-этические и правовые нормы.

Диспозиционные. В качестве подавляющих агрессивные побуждения структур могут выступать черты личности. Черты личности, в понимании Г. Оллпорта и Р. Кеттелла, – это не проявления характера, а скорее мотивационные диспозиции, актуализирующиеся в определенных ситуациях. Такой подход позволяет рассматривать личностные конструкты как альтернативные агрессивному побуждению мотивы подавления агрессии, актуализирующиеся в одних тех же ситуациях. Черты личности выявляются, как правило, с применением различных опросников. Так, Дж. Уилкинсом, В. Шарффом и Р. Шлотманом показано: низкий уровень «склонности к реализации эмоциональной напряженности в непосредственном поведении» (четвертая шкала MMPI) подавляет агрессию. Аналогичные данные были получены Ф. Дорски, С. Тейлором в отношении таких черт личности, как «тревожность», Х. Денгеринком с соавторами – в отношении «экстернального локуса контроля», П. Кноттом с соавторами – в отношении «склонности к чувству вины». Согласно модели личности Р. Кеттелла, уменьшающими вероятность проявления агрессии свойствами личности являются эмоциональная устойчивость («сила Я»), совестливость («сила Сверх-Я»), мягкосердечность («премия»), доверчивость («алаксия»), склонность к чувству вины («гипотимия»), «контроль желаний» и некоторые другие.

Эмоциональные. На актуальное формирование агрессивной мотивации, целеполагание и вероятностное прогнозирование оказывают контролирующее влияние разнообразные эмоциональные переживания. В зарубежной психологии хорошо изучено тормозящее влияние страха возможного наказания. Показано, что если прямая агрессия возможна, то решающее значение приобретает вероятность ответа на агрессию субъекта также агрессией, т. е. возмездия, превращающего человека в жертву ответной агрессии. Многочисленные экспериментальные данные свидетельствуют о том, что страх перед наказанием или возмездием резко снижает возможность прямого проявления агрессивности в поведении – иными словами, ожидание негативных последствий агрессии является одним из наиболее значимых регуляторов тормо-

жения агрессии. В ряде случаев страх может обусловить механизм смещенной агрессии, описанный Н. Миллером. По мнению Л. Берковица, если фрустрация вызывает гнев, вероятность возникновения агрессивного поведения повышается, а если актуализируется страх – наиболее вероятными реакциями будут бегство или уход из ситуации. Вероятность проявления агрессии уменьшается также под влиянием чувства вины и повышенной тревожности. Х. Конрадт рассматривает чувство вины как субъективное негативное последствие агрессии и относит его к мотиву торможения агрессии. Снижение уровня агрессии в поведении под влиянием чувства вины экспериментально продемонстрировано в работе Р. Кноффа, Л. Лазатера, Р. Шумана, а Х. Денгеринк показал, что снижение уровня агрессии под влиянием чувства вины опосредовано процессами самосознания – негативная самооценка приводит к угрызениям совести, что обуславливает тормозящий эффект чувства вины.

Коммуникативные. Личностные структуры, связанные с общением (коммуникативные качества), по экспериментальным данным, также могут быть подавляющим агрессию фактором. В первую очередь это – способность к сопереживанию, эмпатии. Сопереживание и эмпатия рассматриваются как опосредующий фактор альтруистического (в противоположность антисоциальному агрессивному) поведения. Потребность в зависимости тоже анализируется как противоположная агрессивности мотивационная тенденция, причем она тесно связана как с потребностью в общении, так и мотивом страха наказания.

Интеллектуальные. Согласно когнитивным теориям агрессии Д. Зильманна и Л. Берковица, познавательные процессы играют значительную роль в блокировании агрессивного поведения. Фактор интеллекта не столько подавляет или тормозит базовые агрессивные тенденции, сколько влияет на звено формирования субъективного образа ситуации – он позволяет разобраться в ситуации более глубоко, снизить фрустрирующую значимость ситуации, а следовательно, и уменьшить уровень возбуждения, побуждающего к агрессивным действиям. При чрезмерном уровне возбуждения (например, в ответ на сильную провокацию), согласно модели Д. Зильманна, когнитивные процессы дезинтегрируются и не могут осуществлять эффективный контроль агрессии.

Психологические защитные механизмы. При всей противоречивости взглядов на механизмы психологических защит и их формы можно выделить и общие моменты в предлагаемых определениях: в основном психологические защитные механизмы рассматриваются как неосознаваемые механизмы адаптивной перестройки восприятия и оценки, поддерживающие целостность сознания и искажающие образ реальности, в виде «перцептивных защит» или нарушений переработки информации. Неприемлемая для личности информация может или удаляться из сферы сознания, или подвергаться переструктурированию. При таком понимании представляется, что защитные механизмы выступают как тормозящие проявления агрессии регуляторы прежде всего в условиях психотравмирующих ситуаций, обеспечивают снижение их значимости или иллюзию их отсутствия, тем самым способствуя быстрому уменьшению собственной эмоциональной напряженности и препятствуя актуализации агрессивных побуждений. В этой своей функции они близки к механизмам копинг-поведения, хотя и отличаются от совладающего поведения рядом принципиальных моментов. В нейтральных же ситуациях защитные механизмы могут выступать и как факторы, способствующие проявлению агрессии, – через вытеснение или рационализацию собственной агрессивности.

Рассмотренные личностные структуры разных уровней осуществляют тормозящее влияние на реализацию агрессивных побуждений посредством двух основных механизмов. Во-первых, они регулируют поведение через механизм опосредования действий смысловыми образами личности, что предполагает способность личности к трансценденции на более высокий, ценностно-смысловой уровень управления собственным поведением. Это действие проявляется в основном на интенциональном этапе мотивации, этапе формирования конкретных ситуационных мотивов и целей действий, принятия решения. Во-вторых, и на этапе

целеполагания, и на этапе целедостижения и выбора способов достижения цели происходит непрерывная субъективная оценка (с постоянной обратной связью) как функция самосознания и осознания окружающей действительности. На основе соотнесения этих оценок осуществляются личностный контроль формирования каждого этапа мотивации и соответствующая результатам контроля коррекция каждого звена формирования поведения.

Нами, несмотря на некоторую громоздкость, выбран термин «тормозящие (подавляющие) агрессию личностные структуры» именно потому, что их психологическое регулирующее воздействие, осуществляемое разнообразными уровнями и сторонами личности, невозможно свести только к процессам «опосредования» или только к «контролю».

Под *психотравмирующей ситуацией* мы понимаем ситуации, вызывающие рост эмоциональной напряженности. Возникновение и развитие психической напряженности могут быть обусловлены препятствующим характером ситуации при необходимости достижения какой-либо цели, в этом случае эмоциональная напряженность будет сопровождать состояние фрустрации. Изменение эмоционального состояния субъекта может определяться особенностями ситуации, вызывающими либо внешний, либо внутренний, а чаще всего смешанный (внешний сочетается с внутренним) конфликт. Наконец, эмоциональная напряженность может сопровождать нарушения адаптации человека к повторяющимся, хроническим ситуациям угрожающего характера, препятствующим его самоактуализации – т. е. психологический стресс. При характеристике ситуации как психотравмирующей в контексте анализа криминальной агрессии необходимо учитывать, что она должна реально восприниматься человеком как психическая травма, обладать высокой субъективной значимостью, затрагивать ведущие ценностно-смысловые образования личности. Поэтому при оценке ситуации как психотравмирующей большую роль играют особенности личности и соответственно смыслового восприятия. Одно и то же ситуативное воздействие может обладать для разных людей различной субъективной значимостью, различным смыслом. Возникновение эмоциональной напряженности объясняется не объективными характеристиками ситуации, а субъективными особенностями восприятия и стереотипами реагирования. Иными словами, развитие стресса является результатом совокупного влияния психотравмирующей ситуации и дефицита личностных ресурсов.

Для возникновения криминальной агрессии большое значение имеют и такие характеристики ситуации, как ее непредвиденность (субъективная неожиданность) или, напротив, длительность (хронический характер). Важную роль играет социальная ситуация, в которой находится человек. В практике КСППЭ чаще встречаются эмоционально обусловленные преступления, совершенные в армии или в семье. В таких относительно изолированных средах, когда источником стресса, фрустрации или конфликта являются агрессивные действия другого человека, у обвиняемого часто возникает ощущение субъективной безвыходности, повышается вероятность аффективной криминальной агрессии.

Итак, абстрагируясь от множества разнообразных факторов, сопровождающих каждое конкретное агрессивное действие, мы выделили в качестве оснований психологической типологии криминальной агрессии три базовых измерения: «уровень агрессивности личности», «уровень выраженности тормозящих агрессию структур» и «уровень выраженности психотравмирующего воздействия ситуации». Первые два вектора раскрывают взаимодействие личностных структур, играющих основную роль в формировании мотивации агрессивных действий, а третий – позволяет рассматривать механизм агрессии как следствие взаимодействия личностных и ситуационных переменных (рис. 4).

Основываясь на данной типологии, можно выявить разновидности механизмов агрессивных преступлений. Следует отметить, что эта связь не абсолютна (т. е. нельзя говорить о том, что каждому типу агрессии соответствует какой-либо отдельный механизм или каждый тип агрессии имеет единственную мотивацию), однако определенные сочетания уровня агрессивности и степени выраженности личностных структур, тормозящих агрессивные побуждения,

взаимодействующие с характером ситуации, определяют наиболее характерные механизмы агрессивных действий, которые могут конкретизироваться в психологически разных видах мотивации.

1. Непосредственная реализация агрессивности. У обвиняемых группы 1 (с высокой агрессивностью, низкими самоконтролем и способностью к опосредованию своих действий даже в нейтральных ситуациях) наиболее универсальным механизмом криминальной агрессии является стремление к реализации собственной агрессивности, которое приобретает самодовлеющее мотивирующее значение вне зависимости от внешних стимулов. Агрессивные преступления по механизму непосредственной реализации агрессивных побуждений чаще всего совершают истерические, возбудимые, истеровозбудимые, эпилептоидные и мозаичные психопатические личности, лица с органическим психическим расстройством, осложненной психопатизацией личности, а также психически здоровые. Характерно, что и в групповых преступлениях обвиняемые 1-й группы чаще выступают в качестве лидеров. При непосредственной реализации агрессии высок уровень рецидивных правонарушений, часто предпринимаются меры по сокрытию преступления. В состоянии алкогольного опьянения совершается около трети преступлений. Среди жертв агрессии наряду со знакомыми лицами очень много незнакомых.

Непосредственное удовлетворение выраженных агрессивных побуждений может быть связано с тремя классами источников мотивации.

С *антисоциальными ценностями*, или устойчивыми надситуативными мотивами, что свойственно прежде всего психически здоровым.

С *чертами личности*, которые рассматриваются и как характерологические, отражающие стилевые, инструментальные, экспрессивные свойства поведения, и как мотивационные образования. По теории Г. Оллпорта, человек с выраженностью определенной черты личности «ищет ситуацию» для ее реализации. Это характерно для лиц с расстройством личности (психопатией).

С *потребностями биологического уровня*, например, сексуальными влечениями, без достаточного их опосредования социализированными ценностями и ситуативными факторами. При непосредственной реализации потребностей все преступления сводятся к изнасилованию или насильственным действиям сексуального характера. При этом у обвиняемых данной группы, совершивших изнасилования, экспертами-сексопатологами диагностируется «эгосинтоническая форма садизма». При этой форме парафилии садистическое влечение как бы «принимается» личностью, не вызывает негативного самоотношения, человек не испытывает внутреннего конфликта и реализует это влечение непосредственно, не пытаясь его сдерживать.

2. Агрессия, совершенная под влиянием алкогольного опьянения.

Каждые девять из десяти обвиняемых из типологической группы 2 совершают преступления в состоянии алкогольного опьянения. Подэкспертные этой группы не обладают высокой базовой агрессивностью, и поэтому механизм генеза агрессивных действий у них не может быть сведен к непосредственной реализации агрессивности в нейтральных ситуациях. Для объяснения влияния алкогольной интоксикации на поведение обычно привлекают модель психофармакологического растормаживания в двух вариантах: физиологическом и психодинамическом. Обе разновидности модели сводятся к снятию контроля над поведением. На наш взгляд, даже теоретический анализ таких воззрений показывает их недостаточную состоятельность и чрезмерную упрощенность: эта модель годится для объяснения только тех случаев проявления агрессии, которые характеризуются сочетанием высокого уровня агрессивности как свойства личности с выраженностью тормозящих проявление агрессивности психологических структур. Современные экспериментальные исследования позволяют выдвинуть другое объяснение влияния алкогольного опьянения на криминальное поведение.

Агрессивное поведение лиц, находящихся в состоянии простого алкогольного опьянения, является реализацией агрессивных побуждений, возникающих вследствие смыслового восприятия и субъективной оценки ситуации как угрожающей, опасной (что обусловлено актуальным влиянием алкоголя на сознание и когнитивные процессы), при отсутствии или слабой выраженности компенсаторных защитных механизмов, способных или снизить уровень субъективной значимости ситуации, или препятствовать прямому проявлению агрессии, независимо от исходного уровня агрессивности. Таким образом, влияние алкогольного опьянения на криминальную агрессию заключается не столько в снижении контроля агрессивности, сколько в «проявлении» дефицитарности личностных структур, способных тормозить прямую реализацию агрессивных побуждений независимо от уровня исходной личностной агрессивности.

3. Криминальная агрессия, совершенная под влиянием групповых воздействий. Большое количество агрессивных преступлений в типологической группе 2 совершается совместно с другими правонарушителями, при этом сами обвиняемые (лица с органическим психическим расстройством, расстройством личности мозаичного круга) при совершении общественно опасных деяний выступают в пассивной роли ведомых, подчиненных воле лидера.

Обычно такого рода преступления, когда обвиняемый участвует в групповых преступлениях, не принимая осознанно роль подчиненного лидеру и преследуя свои цели (в основном корыстные), а попадая в своеобразную психологическую зависимость от субъективно значимого авторитета, обсуждаются в плане «суггестивной мотивации» или с привлечением для объяснения таких понятий, как «внушение», «подражание», «психическое заражение» и т. п. При таком понимании акцент делается не на межличностном взаимодействии, а на воздействии одного лица на другое, причем последнее описывается как пассивный, не обладающий какой-либо психической активностью и свободой воли, субъект. Не всегда учитывается, что при подобных правонарушениях не только повторяется внешний рисунок поведения лидера, но и усваивается та или иная часть глубинной мотивации.

В лабораторных условиях аналогичный механизм криминальной агрессии описан С. Милграмом: добропорядочные испытуемые-добровольцы, повинаясь давлению экспериментатора, наносили удары током за ошибочное выполнение заданий «ученику» (в роли которого выступал помощник экспериментатора), при этом 65 % испытуемых доводили силу удара до 450 вольт, несмотря на демонстрацию их жертвой нестерпимых страданий. Р. Чалдини считает, что определяющим фактором в этих случаях проявления агрессии является снятие личной ответственности за свои действия.

В основе этого процесса лежит механизм *идентификации* вменяемых лиц с лидерами, субъективно значимыми авторитетами. Нами с Е.В. Макушкиным было показано, что именно динамика идентификации определяет формирование индуцированных психозов (а обвиняемые с такими психозами являются невменяемыми). Идентификация у вменяемых лиц имеет свои особенности. Лидер в отличие от душевнобольного индуктора осуществляет не бессознательное, а чаще осознанное воздействие. Идентификация с авторитетом также происходит с большей степенью осознания и включает не только эмпатию, но и осознанный интерес к его системе взглядов. В основе такой идентификации, как отмечал еще З. Фрейд, лежит более или менее осознанная идентификация с Я-идеалом, сопровождающаяся подчинением лидеру и восприятием прямого контроля над собой как законного. Самым важным отличием является глубина идентификации: у психически здоровых лиц и лиц с пограничными психическими расстройствами идентификация не доходит до третьей стадии – полного отождествления с лидером. Но при второй стадии – частичной идентификации мы можем говорить о наличии механизма группового воздействия на криминальную агрессию.

4. Агрессия как результат неверной оценки ситуации. Некоторые случаи криминальной агрессии у неагрессивных субъектов с несформированностью личностных структур, сдерживающих агрессивные побуждения (из типологической группы 2), развиваются по своеобраз-

ному механизму, основу которого составляет несоответствие личностных ресурсов внешним, ситуационным. Иными словами, такие обвиняемые обнаруживают неспособность к свободному выбору возможных правомерных и неагрессивных вариантов действий в определенной ситуации. В основе этого лежит несформированность как смысловой и когнитивной оценки ситуации, так и недостаточность самооценки, что предопределяет выбор агрессивных форм разрешения ситуации с резким ослаблением их контроля и прогноза.

Несформированность отражательных и регуляторных функций является следствием психического расстройства. Обвиняемые характеризуются и интеллектуальной, и личностной незрелостью в структуре органического психического расстройства или умственной отсталости (олигофрении в стадии умеренно выраженной дебильности).

5. Инструментальная агрессия. Большинство случаев в группе 3, т. е. у обвиняемых с низким уровнем исходной агрессивности и с наличием различных личностных структур, тормозящих проявления агрессии в относительно нейтральных, не психотравмирующих ситуациях, мы можем отнести к «инструментальной агрессии». Тормозящие агрессию тенденции не позволяют совершать импульсивные, неопосредованные действия, а нейтральный характер ситуации не провоцирует на реактивную агрессию – следовательно, агрессия в данных случаях может быть только осознанной и реализующей какие-то намерения, не обязательно носящие агрессивный характер.

Различение враждебной и инструментальной агрессии, введенное С. Фешбахом, вызвано в первую очередь необходимостью противопоставить агрессивные действия, реализующие агрессивные намерения, таким же действиям, но соподчиненным намерениям явно неагрессивного характера. По данному механизму совершают агрессивные деяния психически здоровые лица, значительно реже – с органическим психическим расстройством (преимущественно резидуального генеза). В отличие от других видов мотивации криминальной агрессии при инструментальной агрессии крайне редко преступления совершаются в состоянии алкогольного опьянения, что косвенно указывает на осознанный и запланированный характер преступлений.

Наиболее частые криминально-агрессивные действия – это заказные убийства, убийства с целью завладения имуществом, убийства финансовых конкурентов, а также заранее запланированное убийство новорожденного ребенка собственной матерью из-за тяжелого материального положения.

6. Отсроченная агрессия. Случаи убийства в группе 4 (а также в группе 8) показывают иной механизм воздействия тормозящих проявления агрессии структур. Здесь тормозящие влияния не позволяют непосредственно реализовать агрессивные побуждения, возникшие у обвиняемых в ситуации конфликтного взаимодействия с близкими людьми (при этом конфликты часто были инициированы самими обвиняемыми). Но через некоторое время они все же совершают убийства, возвращаясь на место конфликта. По существу, это механизм «отсроченной» агрессии у лиц с одновременным сосуществованием и тормозящих агрессию структур личности, и склонности к самовзвинчиванию.

В роли катализатора агрессивных побуждений, который преодолевает действие структур, сдерживающих агрессию, выступает прежде всего *склонность к самовзвинчиванию*, тесно связанная с пограничной психической патологией: с психопатией или акцентуацией личности по возбудимому типу, с органическим психическим расстройством с психопатизацией или хроническим алкоголизмом. У лиц с указанными психическими расстройствами выработаны компенсаторные по отношению к возбудимым чертам личности механизмы, доминирующими среди которых являются высокая тревожность, страх перед возмездием за совершенную агрессию. В ситуации конфликта с близкими родственниками, инициированного самими обвиняемыми (часто в состоянии алкогольного опьянения) или затеянного близкими родственниками и знакомыми, эти тормозящие личностные структуры препятствуют реализации возникших

агрессивных побуждений. Однако после того как конфликт внешне исчерпан, уровень эмоционального возбуждения у этих обвиняемых не снижается, а, напротив, резко возрастает в течение некоторого времени (от нескольких часов до двух суток). Усиление возбуждения не связано с внешними психотравмирующими воздействиями (участники конфликта уже перестают взаимодействовать), оно развивается аутохтонно, под влиянием дисгармоничной структуры личности. В конце концов обвиняемые возвращаются на место конфликта и совершают убийство.

7. Ситуативная агрессия. У обвиняемых группы 5 механизм криминальной агрессии обусловлен взаимодействием личности с психотравмирующей или фрустрирующей ситуацией. Актуализацию ситуативных агрессивных мотивов в ответ на психотравмирующие воздействия, даже незначительные, облегчает высокая базовая агрессивность в сочетании с невыраженностью тормозящих личностных механизмов. Большинство правонарушений совершается в состоянии алкогольного опьянения. Жертвы преступлений – в основном родственники и знакомые. Преобладающее психическое расстройство – психопатия возбудимого и истеровозбудимого круга, а также органическое психическое расстройство, нередко осложненное психопатизацией личности. Около четверти обвиняемых – психически здоровые.

У обвиняемых этой группы личностные особенности отражают асоциальную агрессивность в сочетании со сниженным опосредованием и контролем поведения. Но в отличие от обвиняемых, совершивших преступления по механизму непосредственной реализации агрессивных побуждений (группа 1), актуализирующихся вследствие воздействия ценностных, диспозиционных и потребностных факторов, в обсуждаемом случае высокая агрессивность связана в основном с ситуационными факторами. Она выступает не как мотивационная тенденция или устойчивая черта личности, реализующаяся в любых ситуациях, а как реактивная агрессивность, актуализирующаяся в ответ на психотравмирующие внешние воздействия. Как известно, у психопатических личностей и лиц с психопатоподобными состояниями круг психотравмирующих обстоятельств более разнообразен, нежели у здоровых лиц: он включает в себя психогении, адресованные наиболее слабым, уязвимым звеньям их дисгармоничной структуры психики. Так, для возбудимых личностей наиболее аффектогенными являются ситуации, ущемляющие их завышенную самооценку и уровень притязаний, склонность к независимости, к доминированию; для истерических аномальных личностей психотравмирующими являются ситуации, затрагивающие их представления о собственной личностной привлекательности, стремление быть в центре внимания, манипулировать окружающими.

8. Агрессия, совершаемая под влиянием эмоционального возбуждения. У обвиняемых группы 6 криминальные агрессивные действия возникают в ответ на психотравмирующие обстоятельства. Несмотря на невыраженность базовой агрессивности, редуцированность тормозящих личностных механизмов обуславливает непосредственный характер реализации реактивно возникающих агрессивных побуждений, их импульсивность и аффективный характер. Агрессивные побуждения возникают в структуре эмоционального возбуждения, возникновение и развитие которого связано с противоправными действиями потерпевшего.

Можно выделить два варианта обсуждаемого психологического механизма криминальной агрессии.

Первый вариант сводится к проявлению агрессии на высоте эмоционального возбуждения у лиц, не находящихся в состоянии алкогольного опьянения. Здесь влияние эмоционального состояния можно проследить в «чистом» виде. Данные реакции эмоционального возбуждения могут иметь разную глубину: в ряде случаев они достигают степени выраженности аффекта (по смыслу ст. ст. 107, 113 УК РФ). Среди аффектов преобладают классические физиологические аффекты, которые от других юридически значимых эмоциональных состояний отличает одна особенность: они не сопровождаются накоплением (кумуляцией) эмоциональной напряженности, возникают внезапно и непосредственно после фрустрирующего воздействия.

В основном эмоциональные реакции возбуждения в психотравмирующих ситуациях возникают у психически здоровых и у лиц с органическими поражениями головного мозга с эмоциональной неустойчивостью, повышенной сензитивностью.

Второй вариант обсуждаемого психологического механизма агрессии – это агрессия, совершенная под влиянием не только эмоционального возбуждения, но и алкогольного опьянения. В этой группе преобладают лица с органическим психическим расстройством и психически здоровые, значительно реже по этому механизму совершают преступления обвиняемые с расстройствами личности, сформированными на органически неполноценной почве.

Здесь инициацию агрессивного побуждения можно связать с психотравмирующим воздействием. Роль алкогольного опьянения в этом случае состоит не в том, чтобы придать угрожающий смысл относительно нейтральной ситуации, а в том, чтобы усилить смысловое восприятие ситуации как реально психотравмирующей, опасной.

Реализация агрессивного побуждения обусловлена не только воздействием алкоголя, проявляющим несформированность тормозящих агрессию личностных структур, но и ослабляющим эти сдерживающие структуры влиянием эмоционального возбуждения.

Взаимопотенцирующее воздействие состояний эмоционального возбуждения и алкогольного опьянения в психотравмирующей ситуации и составляет основу выделенного механизма криминальной агрессии.

Среди потерпевших преобладают знакомые – их виктимно-провоцирующее поведение в процессе совместного распития спиртных напитков чаще всего и становилось причиной ответной агрессии.

9. Агрессия как разрядка накопленного эмоционального напряжения. Личностные особенности обвиняемых группы 7 отражают тормозящее агрессивные побуждения влияние личностных структур разного уровня – ценностно-нормативных, эмоциональных (связанных со склонностью к чувству вины и тревожностью), диспозиционных, коммуникативных, интеллектуальных, а также черт, связанных с подчиняемостью, осторожностью и интровертированностью. Эти особенности свидетельствуют о сформированности личностных структур, преградных по отношению к прямому и непосредственному проявлению агрессии. Для неагрессивных лиц с выраженными тормозящими проявления агрессии структурами, совершающих криминальные действия в ответ на фрустрирующие воздействия, характерно накопление эмоциональной напряженности в условиях длительной психотравмирующей ситуации, с последующей ее разрядкой в противоправных действиях.

Эмоциональная напряженность является компонентом многих психических состояний и в зависимости от квалификации в общепсихологических терминах ведущего психического состояния, развившегося в психогенных условиях, можно выделить 2 основных варианта кумуляции напряженности – в структуре психологического стресса и в структуре психологического конфликта. И в том, и в другом случаях динамика накопления эмоционального напряжения не сводится только к развитию состояния стресса или конфликта в чистом виде: эти психические состояния тесно переплетены между собой, часто сопровождаются и многочисленными фрустрациями вследствие объективных внешних воздействий или неудачных копинг-стратегий, и формированием различных психологических защитных механизмов. Однако выделяемые нами варианты указывают на ведущее звено, влияющее на формирование кумуляции эмоционального напряжения.

Первый вариант – агрессия как разрядка эмоциональной напряженности кумулятивного генеза в структуре стресса, развившегося в условиях длительной психотравмирующей ситуации. По этому психологическому механизму совершают агрессивные действия обвиняемые с развитыми тормозящими агрессию личностными структурами и с невысокой исходной агрессивностью. В условиях длительной психотравмирующей ситуации, связанной с противоправными или аморальными действиями потерпевших, у таких обвиняемых развивается психоло-

гический стресс – интегральный ответ организма на экстремальные воздействия. Его ведущей характеристикой является эмоциональное напряжение, сопровождающееся дезадаптацией и различными психическими расстройствами.

По этому психологическому механизму совершают преступления психически здоровые, лица с органическим психическим расстройством и значительно реже – страдающие психопатией. В подавляющем большинстве случаев у таких обвиняемых выявляются эмоциональные реакции и состояния кумулятивного генеза, ограничивающие способность к осознанию и регуляции своих действий.

*Второй вариант обсуждаемого психологического механизма криминального поведения – агрессия как разрядка эмоциональной напряженности кумулятивного генеза в структуре **личностного конфликта**, развившегося в условиях длительной психотравмирующей ситуации.* Личностный конфликт проявляется в сфере самосознания как столкновение ценностей, мотивов, целей, субъективно переживаемых как желания, намерения, побуждения, при примерном равенстве их интенсивности или значимости. Длительный личностный конфликт приводит к росту эмоциональной напряженности, в генезе которого можно выделить и влияние психотравмирующей ситуации, и роль индивидуально-психологических особенностей, препятствующих разрешению внутреннего противоречия.

Психологический анализ КСППЭ показывает, что личностный конфликт, лежащий в основе кумуляции эмоциональной напряженности, разрядкой которой являются криминально-агрессивные действия, переживается обвиняемыми в двух основных формах – ревности и нежеланной беременности.

Личностный конфликт в виде ревности как юридически значимое эмоциональное состояние в психологической экспертизе выделен Л.В. Алексеевой, которая определяет ревность как амбивалентное переживание любви и ненависти одновременно. Конфликт в виде ревности держит человека в постоянном напряжении, и это напряжение может разрешиться только при реализации какой-либо стороны конфликта – либо любви, либо ненависти. По описанному механизму совершают агрессивные преступления в основном мужчины, как правило, люди зрелого возраста. Во всех случаях обвиняемые ревнуют к своим супругам, но жертвами убийства в большинстве случаев являются не жены, а реальные или мнимые «соперники» самих обвиняемых. Большинство таких обвиняемых страдают органическим психическим расстройством или психопатией, гораздо реже встречаются психически здоровые.

Личностный конфликт в форме нежеланной беременности подробно и разносторонне описан в работах В.И. Брутмана с соавторами при клинико-психологическом исследовании матерей-«отказниц», оставляющих своих новорожденных детей в родильном доме. Глубокий личностный конфликт между желанием родить ребенка и требованиями окружающих избавиться от беременности, а чаще – между желанием родить и собственными референтными представлениями о греховности, недопустимости внебрачного материнства обуславливает кумуляцию эмоционального напряжения. У таких женщин формирование психологических защитных механизмов сочетается с попытками совладающего поведения, которые оказываются неэффективными в первую очередь из-за объективного стечения обстоятельств (распознавание своей беременности на поздних сроках, вследствие чего оказывается невозможным легальное ее прерывание; желание родить в другом городе и оставить новорожденного в роддоме, не реализуемое из-за материальных затруднений). Такие ситуации, в свою очередь, оказываются дополнительными фрустрациями, что обуславливает усугубление внутреннего конфликта и дальнейший рост эмоциональной напряженности. В состоянии выраженной эмоциональной напряженности поведение матери при родах определяется аффективной мотивацией, и это снижает ее возможность адекватно оценивать окружающее и свои действия. По описанному механизму развиваются агрессивные действия против новорожденных детей у

женщин (как правило, от 18 до 30 лет), забеременевших вне брака или в результате изнасилования.

10. Агрессия в состоянии декомпенсации. Этот механизм агрессии описан в психиатрических работах и сводится к срыву компенсаторных и гиперкомпенсаторных механизмов, выработанных аномальной личностью в ходе социальной адаптации. Обычно в клинических работах компенсации рассматривают как вторичные характерологические свойства, которые нивелируют первичные психопатические особенности личности. Иными словами, компенсаторные механизмы при расстройствах личности выполняют, на наш взгляд, в основном роль диспозиционных личностных структур, сдерживающих проявления дезадаптивных черт личности, в частности, и агрессивности. При изменениях ситуационных условий, особенно при психотравмирующих воздействиях, попытка адаптации к ним за счет компенсаторных характерологических свойств оказывается неэффективной и приводит к декомпенсации. Срыву компенсаторных структур личности нередко предшествует, как это выявлено Н.К. Шубиной, гиперкомпенсация и псевдокомпенсация, что только усугубляет личностную дисгармоничность и ускоряет дезадаптацию.

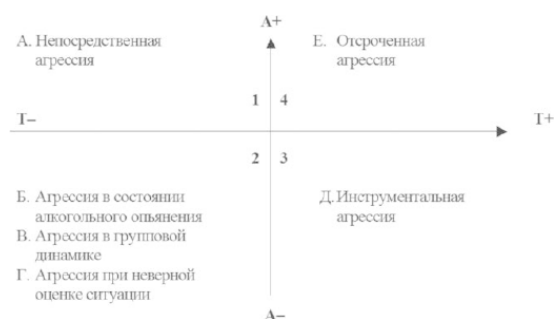


Рис. 5. Психологические механизмы криминальной агрессии в нейтральных ситуациях

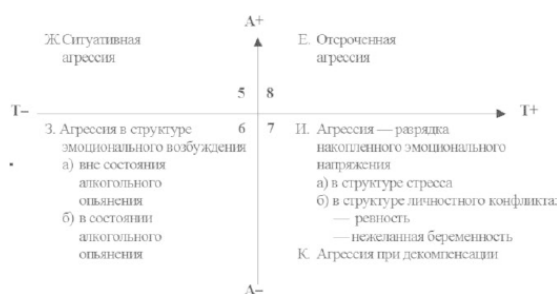


Рис. 6. Механизмы криминальной агрессии в психотравмирующих ситуациях

Все признанные вменяемыми обвиняемые (с расстройствами личности, нередко на фоне органического психического расстройства), совершающие правонарушения в состоянии декомпенсации, не могут в криминальной ситуации в полной мере осознавать значение своих действий и руководить ими, в отношении них устанавливается «ограниченная вменяемость».

Таким образом, анализ практики КСППЭ позволяет выделить 10 видов механизмов агрессивных преступных действий (рис. 5, 6).

Роль психических расстройств в психологических механизмах криминальной агрессии

В группе 1 доминирующими являются диагнозы «Органическое психическое расстройство» и «Расстройство личности (психопатия)». Психопатические личности – это в основ-

ном аномальные личности истеровозбудимого и мозаичного круга. Среди органических расстройств больше распространено текущее заболевание по сравнению с резидуальными их формами.

В группе 2 преобладают лица с органическими нарушениями, примерно с равным количеством протекающих органических заболеваний и остаточных явлений органического поражения мозга. Так же как и в предыдущей группе, круг личностных расстройств составляют психопатии истеровозбудимого круга и мозаичной структуры. В этой группе больше всего лиц, страдающих алкоголизмом.

В группе 3 – в основном психически здоровые, чуть меньше лиц с органическим поражением мозга, и еще меньше обвиняемых с расстройствами личности. Среди лиц с органическими расстройствами преобладают больные с резидуальной формой.

В группе 4 – обвиняемые с диагнозами «Психически здоров», «Расстройство личности» и «Органическое психическое расстройство».

В группе 5, так же как и в группе 1, чаще всего ставились диагнозы «Органическое расстройство» и «Расстройство личности (психопатия)». Психопатические личности – в основном истеровозбудимого и мозаичного круга.

В группе 6, аналогично группе 2, больше всего лиц с органическими поражениями головного мозга. Психически здоровых существенно меньше, и совсем редко встречаются психопатические личности.

В группе 7, как и в группе 3, больше всего психически здоровых. Их число преобладает над количеством лиц с органической и личностной патологией. Среди психопатических личностей самые частые – тормозимого и мозаичного круга.

Наконец, в группе 8 количество лиц с обсуждаемыми диагнозами распределяется примерно поровну, так же как и в группе 4.

Таким образом, *выявляются некоторые корреляции между клинической диагностикой и типом криминальной агрессии. Эти корреляции зависят от личностных особенностей, определенного соотношения базовой агрессивности и личностных структур, оказывающих тормозящее влияние на проявление агрессивности и агрессивных побуждений в поведении*.

Преобладание агрессивности при недостаточной выраженности тормозящих агрессию структур личности характерно прежде всего для психопатических личностей со стеническими (истеровозбудимыми, эпилептоидными, паранойяльными) проявлениями (группы 1 и 5). Органические психические расстройства (и хронический алкоголизм) в большей мере связаны с отсутствием агрессивности при дефицитарности личностных структур, оказывающих тормозящее влияние на реализацию агрессивных импульсов (группы 2 и 6). У психически здоровых в целом преобладающим сочетанием является сформированность личностных структур разного уровня, тормозящих проявления агрессии, с невыраженностью агрессивности как черты личности (группы 3 и 7).

Для **психически здоровых** характерны практически все выделенные нами психологические механизмы агрессивных преступлений, за исключением криминальной агрессии при инфантилизме и при декомпенсации. Наиболее типичные для психически здоровых агрессивные действия – это инструментальная агрессия и агрессия как разрядка накопленной в условиях психотравмирующей ситуации эмоциональной напряженности.

Таким образом, наиболее характерные агрессивные действия, которые совершают психически здоровые, обусловлены низким уровнем их исходной агрессивности и высоким уровнем сформированности личностных структур, тормозящих проявления агрессии. В нейтральных ситуациях агрессивные намерения психически здоровых формируются, соподчиняясь мотивам более высокого уровня, которые не являются сами по себе агрессивными – но для их реализации осознанно избирается агрессивный способ (инструментальная агрессия) как наиболее предпочтительный. В психотравмирующих ситуациях эти же личностные структуры (и их вза-

имодействие) определяют длительное воздержание от агрессивных действий, что приводит к накоплению эмоциональной напряженности в структуре стресса или личностного конфликта, которые сопровождаются и разнообразными фрустрациями. Агрессия в этом случае выступает как разрядка эмоционального напряжения, ослабляющая способность субъекта (в основном регулируемая на смысловом уровне – личностными ценностями) к опосредованию и контролю своих действий.

В целом у психически здоровых в генезе криминально-агрессивных действий, при всем их разнообразии, ведущую роль играет смысловая регуляция: в относительно нейтральных ситуациях агрессия определяется направленностью асоциальных ценностей личности, а в психотравмирующих условиях – ценностная ориентация является регулятором опосредования и контроля агрессивных побуждений, что обуславливает кумуляцию напряжения с последующей ее разрядкой, чаще не в полной мере осознаваемой и регулируемой.

При *расстройствах личности (психопатиях)* криминальная агрессия также протекает по разнообразным механизмам, за исключением убийств новорожденных детей и преступлений, связанных с личностной и интеллектуальной незрелостью. Наиболее характерны для психопатических личностей преступления, совершенные при декомпенсации, а также непосредственная или ситуативная реализация собственной агрессивности.

Агрессивность у обвиняемых с личностными расстройствами связана не только и не столько с антисоциальной направленностью ценностей, сколько с определенными чертами характера – демонстративностью, возбудимостью, эксплозивностью, эпилептоидностью, паранойальностью. Тормозящие агрессию личностные структуры также носят в основном не ценностный и социально-нормативный характер, а тесно связаны с чертами личности, формируемыми взамен тех, которые обуславливают дезадаптацию лиц, страдающих психопатией. Таким образом, регуляция поведения у психопатических личностей протекает в основном на диспозиционном уровне – черты личности выступают и как источник агрессивных побуждений, и как инстанция контроля этих побуждений. По сравнению с психически здоровыми, осуществляющими смысловую регуляцию деятельности (разные варианты этой регуляции можно проследить и в механизмах криминальной агрессии, осуществляемой здоровыми обвиняемыми), при психопатии регуляция поведения, в том числе и криминального, реализуется личностными структурами более низкого уровня. Клинически это проявляется в отмечаемом психиатрами неумении психопатических личностей использовать прошлый опыт, в основе чего лежит недостаточная сформированность ценностной смысловой сферы.

Обвиняемые с *органическим психическим расстройством* совершают агрессивные преступления по разнообразным механизмам – практически в каждом выделенном психологическом механизме агрессии некоторая часть обвиняемых страдает органическим поражением головного мозга.

Это объясняется прежде всего тем, что группа органических психических расстройств объединяет как стабильные (резидуальный характер поражения), так и прогрессирующие состояния (текущее заболевание), а также тем обстоятельством, что в качестве ведущего могут выступать различные синдромы:

- психоорганический (малодифференцированные в структурном отношении умеренно выраженные расстройства органического генеза);
- органическое личностное расстройство (психопатоподобные состояния);
- несформированное личностное расстройство (эмоционально-волевая неустойчивость);
- легкое когнитивное расстройство (интеллектуальная незрелость).

Рассмотрим роль этих синдромов в отдельных психологических механизмах криминальной агрессии.

При *непосредственной реализации агрессивности* ведущими расстройствами являются психоорганический синдром и психопатоподобные состояния. При психоорганическом син-

дроме доминирует реализация агрессивности потребностного уровня – большинство обвиняемых совершили убийства, сопряженные с изнасилованием, а один из них обвинялся в серийных сексуальных убийствах. При психопатоподобных состояниях мотивация агрессивных действий схожа с мотивацией, присущей психопатическим личностям: агрессивность носит диспозиционный характер и связана с такими чертами личности, как возбудимость, подозрительность, злопамятность, эпилептоидность и т. п.

Агрессия, совершаемая *под влиянием алкогольного опьянения*, присуща обвиняемым с психоорганическим синдромом и психопатоподобными состояниями, но в этой группе отмечается большое количество лиц с органическими нарушениями, у которых диагностирован хронический алкоголизм. Все обвиняемые с органическим расстройством и одновременно с хроническим алкоголизмом отличаются умеренно или мало выраженным психоорганическим синдромом. В психологическом механизме этого вида криминальной агрессии, таким образом, проявляются особенности психики, обусловленные органическим расстройством, развившимся вследствие хронической алкоголизации. Воздействие этих факторов приводит, как было установлено при изучении патопсихологических симптомокомплексов, к снижению всех психических функций, в том числе – и к недостаточности способности к опосредованию и контролю своих действий (что клинически обычно диагностируется как эмоциональная и волевая неустойчивость). Дефицитарность личностных структур, тормозящих проявления агрессивных побуждений, играет основную роль в механизме агрессивных действий под влиянием состояния опьянения. Эта же закономерность сохраняется и при совершении агрессивных преступлений в состоянии алкогольного опьянения, совершаемых лицами с органическим психическим расстройством и алкоголизмом в психотравмирующих ситуациях.

При агрессии, совершаемой *под влиянием психической незрелости*, все случаи обусловлены интеллектуальной недостаточностью лиц с органическими нарушениями. Основную роль здесь играет интеллектуальное и личностное недоразвитие обвиняемых, влияющее на звено принятия решения и обуславливающее неправильную оценку ситуации и недостаточный прогноз возможных последствий своих действий.

При агрессии, возникающей в структуре *эмоционального возбуждения*, также отмечено преобладание лиц с органическими расстройствами. В этом случае основную роль играет свойственная лицам с органическими нарушениями недостаточность развития личностных структур, тормозящих проявления агрессии. Агрессивные побуждения, возникающие в ответ на психотравмирующие воздействия при нарастании эмоционального возбуждения, реализуются непосредственно, минуя какие-либо опосредующие звенья и самоконтроль.

При анализе других механизмов ярко выраженной специфики влияния органического психического расстройства на особенности мотивации не выявлено.

Для лиц с **алкоголизмом** наиболее специфичны агрессивные преступления, совершенные под влиянием алкогольного опьянения.

Ведущим расстройством у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом 2-й стадии, является недостаточность личностных структур, тормозящих проявления агрессии. Эта недостаточность проявляется как на ценностном и социально-нормативном уровнях (клиническими традиционно отмечается морально-этическое снижение таких больных), так и в коммуникативном, эмоциональном, интеллектуальном плане (что также коррелирует с выявляемыми психиатрами и наркологами эгоцентризмом, эмоциональным огрублением, интеллектуальным снижением и другими особенностями больных алкоголизмом).

Психический инфантилизм, или недоразвитие интеллектуальной и личностной (эмоциональной, волевой, мотивационной) сфер, является свойством многих психических заболеваний, сформированных под влиянием дизонтогенеза: умственная отсталость (олигофрения в степени умеренно выраженной дебильности), органическое психическое расстройство и др. Психически незрелые обвиняемые совершают агрессивные действия по разным механизмам,

однако влияние личностной патологии наиболее явно прослеживается при совершении преступлений, в которых проявление агрессии тесно связано с недостаточной сформированностью психических процессов.

Возникновение агрессивных побуждений связано не с высокой агрессивностью (напротив, психически незрелые обвиняемые отличались низким уровнем личностной агрессивности), а с недостаточной когнитивной и смысловой оценкой ситуации, их реализация обусловлена прежде всего недостаточной сформированностью личностных структур, способных оказать тормозящее влияние на проявления агрессии. Недостаточно сформированы и ценностная сфера, и способность к социально-нормативной регуляции своих действий, и структуры эмоционального, интеллектуального, коммуникативного контроля.

Парафилия, или патология сексуального влечения, редко является самостоятельным психическим расстройством. Как отмечают А.А. Ткаченко, Г.Е. Введенский, Н.В. Дворянчиков, необходимо учитывать коморбидность парафилий – их сосуществование с другими психопатологическими состояниями. Наиболее тесные связи с агрессивным поведением имеет такая форма парафилии, как садизм, определяемая по МКБ-10 как «предпочтение сексуальной активности, включающей причинение боли, унижение или установление зависимости». В отличие от эгодистонической формы парафилии, когда у больного существует внутриличностный конфликт и он осознает свое нарушенное сексуальное влечение как нечто «чуждое» его структуре личности, при эгосинтоническом варианте субъект как бы сливается со своим влечением, принимает его как присущее собственной личности и не пытается каким-либо образом преодолеть его, не испытывая внутреннего конфликта. Агрессивные действия совершаются в структуре удовлетворения полового влечения, в ряде случаев они спровоцированы состоянием алкогольного опьянения.

Непосредственная реализация высокой агрессивности у лиц с патологией сексуального влечения протекает на потребностном уровне – как реализация влечения, предполагающего агрессивный способ удовлетворения половой потребности. Реализация потребности облегчалась отсутствием личностных структур, способных оказать преградное действие по отношению к патологическому влечению, напротив, самопринятие этого патологического влечения вызывало определенное и ценностное отношение к сексуальной агрессии, что также способствовало совершению садистических действий.

Итак, еще раз подчеркнем, что описанные нами типы и механизмы криминальной агрессии носят в целом внемозологический характер и зависят в большей мере не от формы пограничной психической патологии, а от взаимодействия определенных индивидуально-психологических особенностей с ситуативными переменными. Но тем не менее мы можем при их анализе отчетливо проследить проявление в них различных психических расстройств, которые не столько влияют на своеобразие поведения при совершении агрессивных преступлений, сколько оказываются факторами, обуславливающими те или иные индивидуально-психологические особенности. Эти особенности во взаимодействии с ситуативными переменными и определяют механизмы криминальной агрессии.

Для *психически здоровых* наиболее характерны преступления, сопровождающиеся либо осознанным выбором агрессивных способов достижения мотивов неагрессивного характера в относительно нейтральных ситуациях, либо длительным отторжением возникающих агрессивных побуждений (кумулятивные аффективные реакции и состояния) в психотравмирующих условиях, которое связано с позитивной социальной ориентацией их ценностной сферы и с наличием личностных черт, контролирующих поведение. И в том, и в другом случаях в генезе криминальной агрессии прослеживается влияние *ценностной (смысловой) регуляции* поведения.

Психопатические личности и лица с психопатоподобными состояниями преимущественно совершают такие криминальные действия, которые реализуют их высокую базовую

агрессивность, связанную с патологическими чертами личности, не опосредованную и не контролируемую какими-либо тормозящими тенденциями. Агрессия обвиняемых с расстройствами личности во многом формируется под влиянием *диспозиционной регуляции* действий.

Обвиняемые с умеренно и мало выраженным психоорганическим синдромом при *органическом психическом расстройстве и хроническом алкоголизме*, будучи преимущественно неагрессивными по своей личностной структуре, чаще совершают правонарушения под влиянием различных ситуативных и внешних факторов (алкогольного опьянения, группового давления, психотравмирующих обстоятельств), чему способствует слабая выраженность личностных структур, подавляющих проявления агрессии. У лиц с психической незрелостью в структуре олигофрении и органического поражения головного мозга криминальная агрессия обуславливается недостаточными интеллектуальными и личностными ресурсами оценки ситуации в сочетании с неспособностью к опосредованию и контролю своих действий. В механизме агрессивных действий лиц с патологией функционирования головного мозга, таким образом, проявляется в большей мере *ситуативная регуляция* поведения.

У лиц с *патологией влечения* (парафилией) агрессия выступает как принимаемая личностью реализация потребностей биологического уровня – для них характерна *потребностная регуляция* поведения.

В целом характерной особенностью агрессивных преступлений, совершенных обвиняемыми с психическими аномалиями в отличие от психически здоровых, является недостаточность регуляторного влияния на поведение системы ценностей, способных преодолевать диспозиционную, ситуативную и потребностную логику поведения. С этим же связана другая их особенность: большее влияние, чем у здоровых, ситуативных факторов на формирование мотивации криминальной агрессии. Психически здоровые люди даже в условиях длительной психотравмирующей ситуации стремятся не применять агрессивные способы разрешения экстремальных условий – за счет выбора стратегии совладающего поведения, формирования психологических защитных механизмов, сдерживания эмоционального напряжения. Для аномальных личностей более характерны непосредственные формы реагирования на незначительные ситуационные воздействия. Даже при невысокой их личностной агрессивности несформированность у них ценностных регуляторных механизмов легко проявляется в агрессивном поведении под воздействием различных экзогенных факторов – алкогольного опьянения, групповых воздействий, психотравмирующих обстоятельств.

Рекомендуемая литература

Антонян Ю.М., Бородин С.В. Преступность и психические аномалии. – М., 1987.

Антонян Ю.М., Гульдан В.В. Криминальная патопсихология. – М., 1991.

Гульдан В.В. Мотивация преступного поведения психопатических личностей // Криминальная мотивация. – М., 1986. – С. 189–250.

Дмитриева Т.Б., Качаева М.А., Сафуанов Ф.С. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза психического состояния матери, обвиняемой в убийстве новорожденного ребенка: Пособие для врачей и психологов. – М., 2001.

Сафуанов Ф.С. Психология криминальной агрессии. – М., 2003.

Н.В. Дворянчиков,
доцент, кандидат психологических наук
Психологическое исследование в судебной сексологии

Психологическое исследование имеет достаточно широкое распространение в экспертной практике. При этом в последнее время в судебной экспертизе наблюдается расширение диапазона экспертных задач, в решение которых может быть вовлечен специалист-психолог. Во многом это связано с появлением новых видов экспертных исследований.

Так достаточно широкое распространение получило экспертное исследование с одновременным участием и психолога, и сексолога. Актуальность подобного комплексирования связана с необходимостью более дифференцированной экспертной оценки лиц, совершивших сексуальные правонарушения. Кроме того, это обусловлено тем, что изучение многих аспектов юридически значимых психических явлений в этих случаях требует совместного применения специальных сексологических и психологических познаний.

Подобное исследование приобретает особую актуальность при экспертизе сексуальных правонарушителей, а также потерпевших от сексуальных насильственных действий, свидетелей по делам о сексуальных правонарушениях и т. д.

В этих случаях перед сексологом возникает ряд задач, решение которых без психологического анализа крайне затруднено.

Так, согласно работам А.А. Ткаченко, аномалии сексуальной сферы могут в определенной степени *повышать вероятность* совершения противоправных сексуальных действий. Но ответ на вопрос о влиянии выявленных аномалий на способность в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность совершенных действий требует не только клинического (сексологического), но и психологического исследования и анализа, поскольку касается «юридического» или «психологического» критерия вменяемости. Или, например, очевидно, что нарушения психосексуального развития у свидетеля сексуального правонарушения будут сказываться на способности к отражению криминальной ситуации. Возникающий в этом случае вопрос о влиянии психосексуального развития на способность в полной мере понимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания крайне затруднен без психологического исследования.

Кроме того, как показывает практика, психологическое исследование может быть достаточно чувствительным к феноменам, которые могут обладать дифференциально-диагностической ценностью. Оно способно дать очень ценную информацию специалисту-сексологу относительно искажений полового самосознания, восприятия объекта сексуального предпочтения, эмоционального отношения к нему, характерных стилей взаимодействия с объектом и т. д. Психологическое исследование в этом случае может дополнить сексологическое, частично подтверждая и даже уточняя его результаты.

В ряде случаев оно оказывается очень полезным для эксперта-психолога и дает важную информацию о структурах, участвующих в регуляции сексуального поведения.

Применение клинико-психологических знаний в экспертном исследовании

В настоящее время применение психологических познаний в судебной экспертной практике для решения различных задач достаточно полно освещено в работах М.М. Коченова, Ф.С. Сафуанова, И.А. Кудрявцева, Л.В. Алексеевой. Традиционно основной задачей экспертного психологического исследования является установление влияния особенностей психического

состояния личности на качество отражения и регуляции юридически значимого поведения подэкспертного в интересующий следователя (суд) момент.

В литературе существует разграничение экспертной компетенции психолога и клинициста (психиатра). Психологические познания используются для определения влияния психологических факторов на степень произвольности поведения. Психолог выявляет особенности отражения действительности и регуляции психической деятельности или поведения подэкспертного, имеющие значение для дела (*юридический* или *психологический критерий*). Эксперт-психиатр оценивает юридическое значение выявляемых психических расстройств (*медицинский критерий*).

При этом практика показывает, что результаты психологического исследования достаточно активно применяются экспертами-клиницистами при установлении медицинского критерия. Так, традиционно эти результаты используются для решения следующих задач в экспертной практике: 1) дифференциально-диагностической, 2) оценки структуры и глубины нарушений психической деятельности.

При решении первой задачи психологом описывается патопсихологический симптомокомплекс: совокупность особенностей и нарушений психических процессов/свойств/состояний, относительно специфичных для той или иной клинической нозологии.

Решение второй задачи имеет значение для оценки способности подэкспертного адекватно понимать значение своих поступков и регулировать их. Это касается лиц как с психическими аномалиями (исследование глубины психических нарушений), так и без психических аномалий, но с отставанием в психическом развитии, не связанным с психическим расстройством.

Теоретически и методологически адекватным для решения этих задач в рамках комплексной психолого-психиатрической экспертизы является патопсихологическое исследование, теоретические и методологические основы которого разработаны Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн, Ю.Ф. Поляковым, В.В. Николаевой, Е.Т. Соколовой. Методы традиционного патопсихологического исследования направлены на оценку сохранности различных уровней регуляции деятельности и системных нарушений, закономерно проявляющихся при выпадении одного фактора. Патопсихологическое исследование является теоретически адекватным для определения потенциальной способности к реализации психических процессов и функций, поскольку оно построено по принципу функциональных проб, в которых моделируются процессы, релевантные различным видам деятельности (например, пробы на опосредованное запоминание, прогноз развития событий и т. д.). Кроме того, патопсихологическое обследование является очень чувствительным инструментом для выявления структуры нарушения психических процессов/качеств/состояний, сопутствующих тем или иным психическим заболеваниям. Так, в литературе существует описание патопсихологических симптомокомплексов, наличие которых позволяет верифицировать различные клинические гипотезы.

Таким образом, патопсихологическое исследование дает возможность решать дифференциально-диагностические задачи, определяя значимые для клинической диагностики патопсихологические симптомокомплексы, а также провести анализ сохранности различных уровней регуляции деятельности в экспериментальной ситуации, что позволяет говорить о потенциальной способности к осуществлению регуляции на том или ином уровне. Блок патопсихологических методик может быть использован для проведения различных видов экспертного исследования – как комплексного, где психолог выступает в роли полноправного эксперта, так и однородного судебно-психиатрического.

При проведении судебно-сексологической экспертизы также возникает необходимость в дополнительном исследовательском психологическом блоке, который позволял бы как решать дифференциально-диагностические задачи, так и оценивать возможные психологические факторы в регуляции поведения. При этом спектр экспертных задач, которые решаются с при-

влечением специалиста-сексолога, достаточно широк и в уголовном и в гражданском праве. Это вопросы экспертизы обвиняемых в сексуальных правонарушениях, экспертиза сексуальной зрелости, экспертиза потерпевших от сексуальных деликтов, экспертиза спорных половых состояний и т. д. Очевидно, что при этом может возникнуть необходимость в использовании психологических разработок по указанным выше областям.

Решение дифференциально-диагностических задач и оценка регулятивного потенциала юридически значимых психических процессов по делам о сексуальных правонарушениях имеют определенную специфику.

Традиционно для оценки актуальной способности к осуществлению юридически значимых психических процессов используется сопоставительный анализ полученных в экспериментальном исследовании данных с ретроспективным отчетом подэкспертного о динамике криминальной ситуации, а также со свидетельскими показаниями.

В психологическом экспертном исследовании должны, как правило, использоваться экспериментальные ситуации, моделирующие определенные аспекты деятельности – релевантные юридически значимым процессам.

При психологической оценке способности к осознанной произвольной регуляции поведения при сексуальных правонарушениях возникает необходимость учитывать влияние специфических факторов, которые могут существенным образом опосредовать *самовосприятие* и *восприятие* и *понимание ситуации*.

Речь идет прежде всего о необходимости анализа психических структур, участвующих в регуляции сексуального поведения и отражающих степень его социализации и опосредованности.

Сексуальное поведение в онтогенезе проходит длительный путь социализации, в результате которого оно приобретает социально опосредованный и полимотивированный характер. Как отмечает И.С. Кон, сексуальное по форме поведение может участвовать в удовлетворении многих потребностей: в общении, в познании, в самоутверждении и др.

Важнейшими индикаторами социализации сексуальной сферы, как отмечали Ю.М. Антонян и В.В. Гульдан, являются половое самосознание и особенности межличностного восприятия, которые опосредуют стратегии межпартнерского взаимодействия при реализации сексуального поведения.

Некоторые современные исследования свидетельствуют о том, что правильно усвоенные полоролевые стереотипы определяют успешность запоминания наиболее привычных объектов (соответствующих полу), облегчают процесс принятия решения и регуляции поведения в ситуациях, требующих участия полоролевых стереотипов, влияют на понимание состояний, намерений других людей.

Согласно исследованиям Р. Кестнера, Дж. Ауби, И. Черни, В. Риаллса, адекватно усвоенная половая роль: 1) задает определенные правила межпартнерского взаимодействия; 2) облегчает принятие решения в ситуациях сексуального и полоролевого взаимодействия, предопределяя некоторые сценарии сексуального поведения в типичных ситуациях, диктуя ценности, нормы, стандарты поведения; 3) предполагает достаточно широкий диапазон способов полоролевого поведения и возможностей самореализации личности.

Если процесс формирования полоролевых структур личности нарушен, то возможность их участия в процессах восприятия и понимания информации, связанной с полом (в том числе и сексуального характера), в принятии решений и регуляции поведения в ситуациях сексуального взаимодействия будет существенно ограничена.

Эмпирические и теоретические данные современной психологии пола позволяют говорить о том, что представления о полоролевых стереотипах играют определяющую роль в процессах восприятия и понимания информации, связанной с полом, принятия решения т. д. Причем на регуляцию психических процессов влияют различные характеристики половых ролей.

Во-первых, это когнитивная дифференцированность представлений о полоролевых стереотипах. Во-вторых, соотносимость представлений о половой роли с соответствующими полу установками, имеющими отношение к полоролевой сфере: 1) соответствие представлений о своем поле полоролевым предпочтениям (установки на обладание эталонными качествами своего пола); 2) соответствие представлений о противоположном поле сексуальным предпочтениям.

В то же время способность к эмоциональному сопереживанию является необходимым компонентом для нормального формирования различных этапов психосексуального развития. Как отмечают многие исследователи, способность к эмоциональному сопереживанию, учету состояний, мнений, оценок других людей при достижении собственных целей формируется в онтогенезе.

Эмоциональные нарушения, в частности, нарушения эмпатии, с одной стороны, могут свидетельствовать об искажении интериоризации полоролевых стереотипов на эмоциональном уровне, а с другой – обуславливать нарушения способности к распознаванию и переработке эмоциональных состояний другого человека. Так, в работе В.А. Лабунской было показано, что полоролевые стереотипы играют существенную роль в восприятии эмоциональных стимулов. Было обнаружено, что при восприятии фемининных атрибутов испытуемые склонны приписывать объекту в большей степени эмоциональные характеристики, в то время как маскулинные атрибуты в большей степени ассоциируются с низкой эмоциональностью и инструментальными характеристиками в поведении.

Анализ эмоциональных нарушений особенно важен при оценке поведения испытуемого в ситуации сексуального деликта, поскольку данные нарушения могут ограничивать способность к регуляции поведения.

Многие современные исследователи обращают внимание на особенности эмпатических способностей и социальной компетентности у лиц, совершивших сексуальные противоправные действия.

Наиболее известна и популярна среди исследователей поэтапная модель процесса эмпатии Маршалла, согласно которой выражение сочувствия вовлекает четыре последовательных процесса: 1) узнавание эмоции, 2) оценку перспективы, 3) эмоциональный ответ, 4) ответное решение. Утверждается, что стадия узнавания эмоции (различение эмоционального состояния другого) – предпосылка к последующим стадиям, то есть, чтобы понять эмоциональное состояние другого, нужно сначала узнать эмоцию. Второй этап, оценка перспективы, включает интерпретацию или оценку эмоционального состояния, которое было обнаружено на предыдущем этапе. Оценка перспективы крайне важна для установления механизмов реализации сексуальной агрессии. Так, насильники могут испытывать трудности в оценке эмоционального состояния жертвы и поэтому продолжать нападать. Третья стадия – сопереживание или эмоциональный ответ на обнаруженное состояние. Сексуальные насильники могут быть особенно несовершенны в этой области из-за ограниченного диапазона стратегий эмоционального реагирования. Наконец, четвертая стадия предполагает выбор поступка, действия, основываясь на информации, полученной на предыдущих стадиях эмпатического процесса. Сексуальные преступники могут быть успешными на первых трех этапах эмпатического процесса, но все еще продолжать агрессивные действия, демонстрируя нарушение способности принятия решения.

В отечественной психологии Н.С. Куреком разрабатывается модель «эмоциональной активности», в которой описываются особенности восприятия и оперирования эмоциогенной информацией при межличностном взаимодействии. Эмоциональная активность – целенаправленное произвольное изменение психической активности, включающее восприятие и осознание эмоциогенных стимулов, их субъективную переработку и выражение своего отношения к воспринятому, характеризующееся приятным-неприятным тоном, положительным-отрицательным знаком, определенной модальностью (радость, страх, печаль и т. д.).

Соответственно в эмоциональной активности выделяют импрессивный компонент – восприятие, оценка и осознание эмоциогенных стимулов; субъективный – их субъективная переработка; экспрессивный – выражение своего отношения к воспринятому. Использование этой модели позволяет устанавливать вклад различных звеньев эмоциональной активности в регуляцию аномального сексуального поведения.

Таким образом, психологический анализ сексуальной сферы должен включать в себя и исследование способности понимать эмоциональное состояние другого человека, сопереживать ему, действовать в соответствии с его потребностным состоянием.

Очевидно, что анализ динамики юридически значимых процессов/ качеств/состояний в экспертном исследовании обвиняемых, свидетелей, потерпевших, проходящих по делам, связанным с сексуальными преступлениями, будет недостаточно полным без изучения вышеуказанных аспектов. Они могут оказывать существенное влияние на процессы восприятия и выбора сексуального объекта, принятия решения о взаимодействии с ним, коррекции поведения в соответствии с состоянием другого человека и т. д.

Итак, можно выделить *две основные предметные сферы психологического исследования в судебной сексологии*:

1. Специфические характеристики личности, имеющие отношение к сексуальной сфере, включающие: полоролевую идентичность; представления о стереотипах поведения и функциях, характеризующих мужчин или женщин в данном обществе, и отношение к ним; представления о паттернах поведения индивида в соответствии с половозрастными стереотипами или коррелятами этих стереотипов; установки, ценности индивида в отношении стереотипного или коррелирующего с ним поведения того или иного пола; установки, ценности индивида в отношении к представителю другого пола, особенности усвоенности половой роли.

2. Особенности межличностного взаимодействия, социальные коммуникативные навыки, способность к установлению контакта, поддержанию и выходу из него; способность к эмоциональному сопереживанию другому человеку, возможности прогноза поведения другого человека; особенности эмоционального межличностного восприятия; способы разрешения межличностных конфликтов.

Психологическое исследование сексуальной сферы позволяет объективировать и верифицировать данные сексологического исследования, а также раскрыть целый пласт психологических феноменов, имеющих отношение к психосексуальной сфере: личностных смыслов, отношений, установок.

Направленное психологическое исследование сексуальной сферы в судебной сексологии может проводиться наряду с традиционным патопсихологическим блоком и быть нацелено на решение следующих задач:

1. Выделение диагностически-значимых симптомокомплексов (уточнение степени сформированности структур полового самосознания, структуры сексуальных предпочтений, представления о паттернах полоролевого поведения и т. д.).

2. Оценка структур, участвующих в регуляции сексуального поведения: исследование юридически значимых психических процессов, ориентирующих поведение подэкспертного в сексуальной сфере (выбор партнера, восприятие и понимание действий сексуального характера, степени произвольности сексуального поведения и т. д.).

Блок психологического исследования, нацеленный на изучение сексуальной сферы, может быть применен наряду с традиционным патопсихологическим. Он расширяет возможности экспертного решения, ориентируя эксперта в психологических структурах, участвующих в регуляции сексуального поведения.

Методы психологического исследования сексуальной сферы

Опыт работы в лаборатории судебной сексологии в период с 1994 г. и по настоящее время позволяет выделить следующие психологические методики, положительно зарекомендовавшие себя при решении различных экспертно-диагностических задач в судебной сексологии (табл.).

Таблица

Психологические методы исследования сексуальной сферы

Методика	Направленность
МиФ (<i>Маскулиность / Фемининность</i>) (Бессонова Т.Л., 1994; Дворянчиков Н.В., 1998)	Методика позволяет установить индивидуальную степень выраженности фемининности, маскулинности, андрогинности; оценить пропорцию этих качеств в представлениях о полоролевых стереотипах; установить соотношение полоролевых и сексуальных предпочтений с представлениями о традиционных половых ролях; оценить возможность участия полоролевых стереотипов в регуляции полового поведения.
Кодирование (Старович З., 1992; Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Дворянчиков Н.В., 2001)	Методика может быть использована для изучения особенностей межличностного восприятия, самовосприятия, а также служить инструментом исследования представлений об образах потенциальных и реальных объектов сексуального влечения. Она позволяет выявить степень усвоения полоролевых стереотипов, их дифференцированность, эмоциональное отношение к ним. Структурный анализ результатов теста направлен на исследование четкости и дифференцированности представлений об образах «мужчины» и «женщины», «ребенка». При обработке результатов теста в качестве параметров структурного анализа выделяется ассоциативно-семантическая близость стимулов, определяемая через степень совпадения ответов: степень подобия объектов анализа устанавливается через сходство данных на них ассоциаций.
Ф-П-О (<i>Фигура-Поза-Одежда</i>) (Саламова Д.К., Ениколопов С.Н., Дворянчиков Н.В., 2001)	Методика позволяет установить индивидуальные представления о полоролевых нормах субъектов на основе наиболее существенных полодифференцирующих атрибутов, особенности их усвоения, структуру полоролевой идентичности, индивидуальные полоролевые и сексуальные предпочтения в соответствии с традиционными половыми ролями.
ПТО (<i>Целевой тест отношений</i>) (Эткинд А.Е., 1985, 1987)	Стимульный материал методики составляет перечень понятий по темам, позволяющим проследить как особенности идентификации субъекта со значимыми другими («мать», «отец», «друг» и т.д.), так и специфику его психосексуальной ориентации, полового самосознания («идеальный сексуальный партнер», «реальный сексуальный партнер», «мужчина», «женщина», «ребенок», «мальчик», «девочка» и т.д.). Методика позволяет оценить четкость половозрастной идентификации, особенности интериоризации полоролевых стереотипов, смысловой аспект сферы психосексуальных ориентаций, специфику эмоционального восприятия объекта сексуального предпочтения.

Методика	Направленность
Вик (<i>Власть и Контроль</i>) (Maddock J.W., 1995)	Методика базируется на предположении о реципрокном взаимодействии власти и контроля в структуре межличностных отношений и позволяет рассматривать их как целостный феномен. В основе опросника лежат специфические определения «власти» (т.е. «силы» как возможности оказывать влияние, доминировать, демонстрируя партнеру свое эмоциональное, физическое, моральное превосходство) и «контроля» (т.е. «управления», как возможности ограничивать или направлять это влияние). При этом поддержание баланса «власти» и «контроля» между партнерами может обеспечиваться здоровыми гармоничными межличностными взаимоотношениями, которые определяются возможностью влиять на другого и ограничивать это влияние, что проявляется в двух основных бинарных структурах семьи: мужско-женской и детско-родительской.
Модификация теста Руки (Wagner E., 1971; Герасимов А.В., 1997)	Модифицированный вариант теста руки позволяет не только выявлять и исследовать просоциальные или асоциальные тенденции, но и проводить качественный анализ агрессивных установок личности, например, таких, как физическая (инструментальная) агрессия, предметно направленная, враждебная (экспрессивная) агрессия, аутоагрессивные тенденции.
Модифицированная методика опознания лицовой экспрессии Изарда (Изард К.Е., 1980; Хомская Е.Д., Батова Н.Я., 1998)	Методика позволяет оценивать нарушения различных составляющих эмоциональной активности у лиц с отклоняющимся сексуальным поведением. Модификация этой экспериментальной процедуры позволяет устанавливать нарушения эмоционального гнозиса (импрессионный компонент) и эмоционального мышления (субъективный компонент), проявляющиеся в искаженном восприятии и субъективной эмоциональной переработке эмоций по следующим параметрам: знак, модальность, интенсивность эмоций, количество выделенных при классификации эмоциональных изображений. Методика состоит из четырех субтестов: «Ранжирование», «Классификация», «Четвертый лишний» и «Узнавание».
Методика диагностики уровня эмпатических способностей Бойко (Райгородский Д.Я., 1998)	Методика дает возможность операционализации многофакторной модели эмпатии в виде индивидуального профиля эмпатических способностей (рассматривается многообразие эмпатических проявлений — когнитивный, эмоциональный и поведенческий аспекты эмпатии). Методика позволяет выявлять нарушения составляющих эмпатию компонентов (определяемых по 6 шкалам) и высказывать предположения о влиянии уровня развития тех или иных эмпатических тенденций на противоправное сексуальное поведение.

Методика	Направленность
TAS-26 (<i>Торонтская алекситимическая шкала Тейлра</i>) (Райгородский Д.Я., 1998)	Шкала выявляет трудности в идентификации и вербализации собственных чувств и эмоциональных состояний, т.е. уровень алекситимии, в основе которой могут лежать следующие когнитивно-аффективные особенности: трудности в определении (идентификации) и описании собственных чувств; трудности в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями; снижение способности к символизации, о чем свидетельствует бедность фантазии и других проявлений воображения; фокусирование в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях.
Модифицированная методика «Пиктограмма» (Дворячиков Н.В., Малькова Е.В., 2003)	Модификация методики «Пиктограмма» позволяет оценивать влияние представлений о полоролевых стереотипах на процессы восприятия, переработки и актуализации информации, имеющей отношение к полоролевой сфере. Стимульный материал составляют слова и словосочетания, оцененные экспертами как «мужские», «женские», «нейтральные». В данной методике сохраняется интерпретация, которая существует в обычной «Пиктограмме», но дополнена специфической для данной модификации интерпретацией. В этой интерпретации учитываются такие факторы, как латентное время, запоминание определенных слов и словосочетаний.
Метод ранговой решетки Баннистера (Франсела Ф., Баннистер Д., 1987)	Элементами при психологическом исследовании являются описания некоторых специфических ситуаций, которые затрагивают эмоционально-значимые аспекты, имеющие существенное значение в плане восприятия и понимания ситуаций межпартнерского сексуального взаимодействия. Результаты исследования позволяют выявлять специфические особенности предпочтения потенциального или реального сексуального партнера, наличие определенных установок, тех или иных особенностей, отражающих взаимосвязь личностных и ситуационных факторов в сфере межпартнерского сексуального взаимодействия.
Рисуночные методики	Использование рисуночных методик позволяет выявить отношение испытуемого к своему телесному облику, особенности половой идентификации, особенности восприятия половозрастных стереотипов, устойчивости переживания «образа Я», особенности эмоционального отношения к женщине, фиксированности на теме аффективно-значимых сексуальных переживаний и т.д. Могут быть рекомендованы следующие темы: «Рисунок человека», «Рисунок человека противоположного пола», «Рисунок человека со спины», «Рисунок ребенка», «Рисунок несуществующего животного», «Рисунок женщины», «Рисунок мужчины».

Комплексное применение батареи методик позволяет не только объективизировать и верифицировать данные сексологического исследования, но и раскрыть целый пласт психологических феноменов, имеющих отношение к психосексуальной сфере: особенности полового самосознания, особенности восприятия сексуального партнера, установки по отношению к сексуальному партнеру и т. д.

Возможность применения психологических методик при решении экспертно-диагностических задач

Данный диагностический блок может быть использован при решении различных экспертных вопросов, дифференциально-диагностических задач, а также при исследовании регулятивного потенциала различных юридически значимых психологических явлений.

Дифференциально-диагностические задачи. При решении дифференциально-диагностических задач психологическое исследование может играть важную роль в установлении специфики самосознания и восприятия объекта сексуального предпочтения у обвиняемых в сексуальных преступлениях.

Так, для уточнения диагностических сексологических гипотез относительно аномалий сексуального влечения психологическое исследование может дать информацию о характерном сочетании психологических феноменов, сопутствующих расстройствам влечения (парафилиям).

Согласно проведенным исследованиям, у подэкспертных с парафилиями обнаруживается искаженность полоролевой идентичности, а также существенное расхождение полоролевых нормативов и полоролевых предпочтений, что может отражать их особенности интериоризации полоролевых норм, а именно: «только знаемый» характер этих норм, невключенность их в ценностно-регулятивную систему личности и вследствие этого – невозможность их адекватного участия в регуляции поведения. При сравнительном анализе сексуальных правонарушителей, признанных вменяемыми и ограниченно вменяемыми, восприятие мужской роли у последних было более формальным; характерными являлись трудности участия представлений о мужской половой роли в регуляции полоролевого поведения, а также в процессах самооценивания; выявлялось расхождение между реальной и идеальной самооценками, что может отражать трудности участия структур полового самосознания в регуляции сексуального поведения. Таким образом, основным фактором, опосредующим восприятие ситуации и самовосприятие у лиц с девиантным сексуальным поведением, является их *представление о полоролевых стереотипах*.

Для определения *клинического типа аномалии влечения* (синтония/дистония) могут иметь значение особенности интериоризации половой роли. У групп, различающихся самоотношением и клиническим типом сексуального расстройства, выделены следующие варианты: 1) снижение положительного эмоционального отношения к полоролевым стереотипам (при эгосинтонии), 2) выраженное конфликтное эмоциональное отношение к полоролевым стереотипам (при эгодистонии). В частности, *синтонный тип* отношения к влечению отражает недостаточно полимотивированный характер сексуального поведения и, как следствие, слабую его опосредованность. Так, формальность и эмоциональная нейтральность восприятия представлений о половой роли могут ограничивать мотивацию сексуального поведения, и таким образом сексуальная деятельность из полимотивированной и опосредованной становится мономотивированной, приобретая более упрощенный и свернутый характер. Нарушения усвоенности половой роли могут отражаться на упрощении структуры сценариев полового поведения, обуславливая их стереотипизацию и ригидность.

При уточнении гипотез относительно нарушений влечения по объекту и способу реализации особое значение приобретает оценка *восприятия объекта сексуального предпочтения и структуры* межпартнерского взаимодействия.

Так, для испытуемых с *педофилией* характерна недифференцированность восприятия объекта сексуального предпочтения по половозрастным качествам, они склонны приписывать детям черты взрослого человека, а взрослого наделять инфантильными чертами, допускают пересечение категорий «Взрослый – Ребенок». Среди особенностей искаженного восприятия

реального или потенциального сексуального партнера следует выделить недостаточную дифференцированность половозрастных аспектов, проявляющихся в пересечении образов «Мужчина» – «Ребенок», «Женщина» – «Ребенок», что характерно для таких расстройств сексуального влечения, как педо- и эфебофилия. Наличие в описании образа «Женщина» качеств и признаков, более характерных для детского возраста (или же приписывание образу «Ребенок» качеств и признаков, более характерных для взрослой женщины), чаще всего наблюдается при гетероориентированной педо- и эфебофилии. Аналогичное восприятие образа «Мужчина», где испытуемый акцентирует качества и признаки, скорее относящиеся к детскому возрасту (или же приписывание образу «Ребенок» качеств и признаков, более характерных для взрослого мужчины), наблюдается при гомоориентированной педо- и эфебофилии. Кроме того, в психологическом исследовании сексуальной сферы диагностически значимым выступает установление ассоциативно-семантических связей «Девочка – Женщина – Сексуальный партнер» или «Мальчик – Мужчина – Сексуальный партнер» для гетеро- и гомосексуальных педофилов соответственно.

Для испытуемых с *гомицидоманией* характерно специфическое восприятие партнера по взаимодействию. Результаты проведенных нами исследований лиц с гомицидным сексуальным поведением позволяют выделить дифференциально-диагностические категории различных вариантов такого поведения. Описаны следующие механизмы реализации гомицидного сексуального поведения.

1. Для испытуемых с расстройством сексуального влечения характерно восприятие партнера как «средства» удовлетворения аномального влечения, что может отражать стремление сделать партнера наиболее «подходящим» для удовлетворения аномального влечения, т. е. пассивным и подчиняющимся. Преобладает «деперсонифицированное» восприятие образа женщины, что свидетельствует о восприятии сексуального партнера не как полноценной личности, а как некоторого объекта для манипуляций, т. е. как средства. Это, вероятно, позволяет преступить морально-этические нормы, связанные со значимостью, ценностью другого человека как личности.

2. Испытуемые без расстройств влечения воспринимают сексуального партнера в большей степени как «преграду» при разрешении межличностных конфликтов, что может свидетельствовать о стремлении преодолеть межличностный конфликт, принижая личностный статус партнера. В этом случае агрессия может носить инструментальный характер, и физическое насилие не является основной целью поведения, а может выполнять другие задачи – демонстрацию силы, преодоление сопротивления, удаление свидетеля. Здесь, вероятно, возрастает роль ситуационных факторов (сила фрустрации, ее неожиданность), где человек воспринимается как помеха для удовлетворения потребности.

Для испытуемых с *садистическим* расстройством влечения характерны фемининная половая идентификация, нечеткость представлений о полоролевых стереотипах, обостренное чувство собственной неполноценности, стремление к самоутверждению в мужской сексуальной роли. Все это может существенно влиять на особенности регуляции садистической активности. Важным фактором регуляции садистического сексуального поведения является искажение когнитивного и эмоционального восприятия образа сексуального партнера, который преимущественно обладает низкими маскулинными и выраженными фемининными качествами, т. е. характеризуется снижением общей активности (что выражается в предпочтении покорных, подчиняемых, зависимых партнеров). Такого рода искажения ведут к недооценке одних и переоценке других исходящих от партнера сигналов и в целом свидетельствуют о существенных сбоях и ошибках межличностного восприятия.

Дифференциально-диагностические задачи относительно степени сформированности *этапов психосексуального развития у потерпевших* от сексуальных деликтов и *свидетелей* сексуальных правонарушений могут быть решены с применением психологических познаний. В

данном случае психологическое исследование позволяет не только объективизировать и верифицировать данные сексологического исследования, но и раскрыть целый пласт психологических феноменов, имеющих отношение к психосексуальной сфере – личностных смыслов, отношений, установок. Диагностические задачи, стоящие перед психологом, ориентируют его прежде всего на уточнение степени сформированности полового самосознания, особенностей восприятия гендерной информации и исследование представлений о полоролевых нормативах: когнитивной дифференцированности, эмоционального отношения, мотивационного статуса, особенности интериоризированности.

Проведенное исследование потерпевших (девочек) по делам о сексуальных правонарушениях позволило выделить дифференциально-диагностически значимые психологические характеристики различных этапов психосексуального развития.

Так, у испытуемых, у которых сформирован только этап *полового самосознания*, восприятие полоролевых стереотипов характеризуется формальностью, атрибутивностью, их представления о паттернах полоролевого поведения и полоролевые предпочтения детерминированы оценками окружающих без дифференцирования по половым качествам. Образ Я таких испытуемых характеризуется недостаточной дифференцированностью по полоролевым качествам. Полученные результаты свидетельствуют о несформированности базовых структур половой идентичности в этой группе подэкспертных.

Девочки, находящиеся на этапе *полоролевого поведения*, характеризуются более четким восприятием образа женщины, однако их представления о паттернах собственного полоролевого поведения недостаточно дифференцированы. Отмечаются также поверхностность и эмоциональная нейтральность представлений об образах мужчин и женщин. Таким образом, отмечается недостаточная сформированность базовых структур половой идентичности, паттернов полоролевого поведения при большей определенности «женских» полоролевых стереотипов.

У испытуемых со сформированным этапом *психосексуальных ориентаций* образ Я четко дифференцирован по полоролевым качествам, представление об образе женщины соответствует нормативным. Испытуемые этой группы демонстрируют более четкий паттерн полоролевого поведения, их восприятие «мужской» и «женской» половых ролей не атрибутивно и не формально по сравнению с представителями остальных групп и в меньшей степени определено внешними оценками окружающих, что отражает интериоризацию половой роли. Поэтому можно говорить о сформированности базовых структур половой идентичности у данных испытуемых.

Таким образом, использование направленного психологического исследования сексуальной сферы предполагает более дифференцированный подход при изучении как становления этапа психосексуального развития потерпевших, так и сформированности базовых структур половой и полоролевой идентичности, их влияния на становление полового самосознания, полоролевого поведения и психосексуальных ориентаций.

Оценка психологических структур, участвующих в регуляции сексуального поведения

Психологическое исследование также позволяет проводить анализ структур, потенциально участвующих в регуляции сексуального поведения.

Так, при исследовании *способности к регуляции* у несовершеннолетних обвиняемых в экспертную задачу входит оценка структур, искажение которых может не носить психопатологического характера, однако существенно ограничивать способность к прогнозу и регуляции сексуального поведения.

Как отмечают многие исследователи, способность к эмоциональному сопереживанию, учету состояний, мнений, оценок других людей при достижении собственных целей форми-

руется в онтогенезе. При этом достижение возраста уголовной ответственности не предполагает автоматически сформированной способности к адекватному пониманию состояния другого человека. Таким образом, в экспертное исследование несовершеннолетних обвиняемых по делам о сексуальных преступлениях должны быть включены психологические экспериментальные процедуры, позволяющие оценить потенциальную способность к распознаванию и переработке эмоциональных состояний другого человека.

Другим важным аспектом психологического исследования сексуальной сферы несовершеннолетних может выступать изучение «гендерной схемы», которая отражает сформированность аспектов личности, связанных с половым самосознанием и участвующих в мотивационных процессах, принятии решений и планировании, а также в выборе репертуара поведения в ситуациях, относящихся к межполовому взаимодействию, сексуальному поведению. Если формирование гендерной схемы (т. е. представлений и полоролевых стереотипов) нарушено, то возможность ее участия в процессах восприятия и понимания информации, связанной с полом (в том числе и сексуального характера), в принятии решений и регуляции поведения будет существенно ограничена. Однако можно сделать вывод, что сформированность представлений о полоролевых стереотипах является необходимой, но недостаточной предпосылкой для участия в обеспечении различных психических процессов. Помимо сформированности представлений, существенную роль играют эмоциональное отношение к этому стереотипу, включенность полоролевого стереотипа в систему полоролевых предпочтений, соотнесенность стереотипа противоположного пола с системой сексуальных предпочтений и идентификация со стереотипом, соответствующим собственному полу.

Таким образом, в экспертном исследовании несовершеннолетних обвиняемых по делам о сексуальных преступлениях важную роль приобретает анализ двух сфер: 1) эмоциональной – в аспекте ее роли в психосексуальном развитии, а также регуляции поведения в ситуации правонарушения; 2) психосексуальной – в аспекте сформированности половой идентичности, прежде всего усвоенности полоролевых стереотипов и возможности их влияния на поведение.

При исследовании *регулятивного потенциала* эмоционального восприятия у лиц с агрессивным сексуальным поведением обнаружено, что у агрессивных сексуальных преступников без расстройств влечения имеются нарушения в процессе переработки эмоциональных стимулов. Кроме того, у них выявлены сниженная направленность на партнера по взаимодействию и установка на равноценные межличностные отношения, низкая эффективность коммуникативных усилий, сниженная способность к эмоциональной идентификации, а также расстройство экспрессивного компонента эмоциональной активности. В группе же агрессивных лиц с парafilией нарушены все три компонента эмоциональной активности при отсутствии направленности на партнера по взаимодействию и установки на равноценные межличностные отношения. Для этих лиц характерна низкая эффективность коммуникативных усилий.

Данное исследование подчеркивает меньшее участие эмоционального восприятия в регуляции поведения у лиц, совершающих агрессивные сексуальные акты, по сравнению с неагрессивными преступниками.

При изучении *способности потерпевших и свидетелей понимать действия сексуального характера и оказывать сопротивление* психологическое исследование сексуальной сферы предполагает изучение становления этапа психосексуального развития потерпевших. Это позволяет определить влияние степени сформированности структур полового самосознания на способность к пониманию характера и значения действий обвиняемого.

Так, в отношении испытуемых, у которых отмечалась несформированность базовых структур половой идентичности (недифференцированность представлений о полоролевых стереотипах, ориентировка на внешние атрибутивные признаки роли мужчин и женщин, зависимость полоролевого предпочтения от мнения как мужчин, так и женщин, недифференцированность полоролевой идентичности образа Я), выносилось экспертное заключение о *способности*

к восприятию ими лишь внешней стороны противоправных действий, констатировалось и отсутствие способности понимать характер и значение направленности сексуального деликта. Подобная однородность экспертных оценок определялась и особенностями психосексуального развития потерпевших, которые владели лишь информацией о формальном различии полов и по данному признаку относили себя к одному из них.

Испытуемые, в отношении которых выносилось экспертное заключение о наличии у них способности к правильному восприятию направленности сексуального деликта, отличались сформированностью базовых структур половой идентичности. У испытуемых данной группы (девочек) обнаружилось преобладание фемининных черт над маскулинными, дифференцированность полоролевой идентичности образа Я, независимость полоролевого предпочтения от мнения окружающих как мужчин, так и женщин и четкий паттерн полоролевых стереотипов.

При исследовании особенностей *полоролевой идентификации в экспертном исследовании спорных половых состояний* психологическое исследование позволяет более точно ответить на вопросы о сформированности различных структурных и содержательных составляющих полового самосознания пациента. В частности, определить четкость восприятия мужских и женских полоролевых стереотипов, эмоциональное к ним отношение, выявить участие этих стереотипов в процессах самооценивания, выборе партнера, в регуляции полоролевого поведения.

Исследование, проведенное Д.К. Саламовой, А.А. Ткаченко и С.Н. Ениколоповым, позволяет выделить следующие структуры, отражающие процесс полоролевой социализации при транссексуализме: половое самосознание, полоролевой статус, психосексуальные ориентации. Каждая из них соответствует определенному этапу сексуального онтогенеза. Авторы предлагают в процессе многоэтапной экспертной оценки паспортного пола проводить исследование структур, появляющихся в качестве новообразований при прохождении каждого из этапов психосексуального развития.

В частности, этапу полового самосознания соответствует формирование позитивно окрашенного образа Я, идентифицируемого с лицами одного с субъектом биологического пола; определение своих телесных (физических) характеристик как относящихся к нормативным для своего пола.

Этапу полоролевого статуса соответствуют: выраженность в структуре полоролевой идентичности полоролевых черт, нормативных для своего биологического пола; дифференцированность представлений о половых ролях; построение собственного поведения как отвечающего нормативным для данной культуры и собственным представлениям о половых ролях; соответствие поведения структуре мотивов, что подтверждается позитивным отношением к соответствующей роли, свидетельствующим о том, что данное поведение имело положительное эмоциональное подкрепление в реальном опыте субъекта; особенности поведенческих паттернов в референтной группе и их телесная атрибуция, которые бы способствовали более успешной социализации.

Этапу психосексуальных ориентаций соответствует то, насколько поведение в ситуации сексуального взаимодействия и его телесная презентация отражают реальный полоролевой статус; каковы представления о сексуальном партнере как обладающем тем или иным полоролевым статусом, эмоциональное и ценностное отношение к образу партнера; насколько партнер, обладающий определенными качествами, входит в структуру сексуальных предпочтений; какие телесные характеристики партнера являются значимыми в ситуациях сексуального и полоролевого взаимодействия.

Данная модель позволяет выявить, на каком этапе психосексуального развития субъекта произошли изменения, каким образом они отразились на прохождении следующих этапов.

Подобный анализ дает возможность провести комплексную оценку полоролевой идентификации пациента, он предоставляет клиницисту важную информацию для постановки диа-

гноза возможных нарушений половой идентичности и последующих коррекционных мероприятий.

При оценке *адаптационного потенциала у транссексуалов* психологическое исследование позволяет обозначить аспекты, которые очень важны в постоперационный период: 1) определить мотивацию смены пола; 2) проанализировать, в какой степени новая половая роль дает возможность успешной индивидуальной и межпартнерской адаптации; 3) определить для каждого пациента потенциальные возможности адаптации в новом поле на разных уровнях (полового самосознания, межличностного общения, межпартнерского взаимодействия и т. д.). Проводимый анализ должен помочь ответить на вопросы о том, какие именно проблемы связаны с ощущением несоответствия собственного пола, как смена пола позволит решить эти проблемы, какова степень понимания трудностей адаптации в новом качестве и т. д.

Таким образом, очевидно, что психологическое исследование в судебной сексологии является крайне актуальным для решения экспертно-диагностических задач, связанных с различными юридически значимыми аспектами сексуального поведения. В связи с проводимыми исследованиями можно выделить ряд перспективных направлений в применении психологических познаний в сексологии. Прежде всего это разработка комплексных реабилитационных и коррекционных программ для обвиняемых, находящихся на принудительном лечении. Это вопросы выделения мишеней психокоррекционного воздействия, определения критериев эффективности воздействия, а также экспертной прогностической оценки рецидивного поведения обвиняемых, находящихся на принудительном лечении. Это также и вопросы психологической помощи жертвам сексуального насилия и их психологического сопровождения в ходе следствия, с учетом тех изменений, которые обусловлены сексуальным насилием. Кроме того, это разработка новых методических и методологических подходов к составлению прогностического портрета лиц, обвиняющихся в сексуальных преступлениях, в ходе проведения оперативно-розыскных мероприятий. Это также психологическое обеспечение сопровождения и постоперационной коррекции лиц после смены паспортного пола, оценка перспектив адаптации после операции по смене пола, а также психокоррекционная работа с пациентами, которым отказано в хирургической коррекции.

Рекомендуемая литература

Дворянчиков Н.В., Малькова Е.А. Использование модифицированной методики «Пиктограмма» для установления влияния гендерных схем на когнитивные процессы // Сексология и сексопатология. – 2003. – № 1. – С. 20–25.

Дворянчиков Н.В. Полоролевая идентичность у лиц с девиантным сексуальным поведением: автореф. дис... канд. психол. наук. – М., 1998.

Изард К. Е. Эмоции человека. – М., 1980.

Кон И.С. Введение в сексологию. – М., 1988.

Коченов М.М. Введение в судебно-психологическую экспертизу. – М., 1980.

Кудрявцев И.А., Дозорцева Е.Г. Смысловая сфера у лиц с особенностями психосексуальной ориентации // Психологический журнал. – 1993. – № 4.

Райгородский Д.Я. (ред.) Практическая психодиагностика. Методики и тесты. – Самара, 1998.

Саламова Д.К., Ткаченко А.А., Ениколопов С.Н. Стратегия психологического исследования лиц с дисфорией пола // Российский психиатрический журнал. – 2002. – № 2. – С. 33–40.

Саламова Д.К., Ениколопов С.Н., Дворянчиков Н.В. Проективная методика «Фигура – Поза – Одежда» // Журнал практического психолога. – 2000. – № 10–11. – С. 87–103.

Сафуанов Ф.С. Судебно-психологическая экспертиза в уголовном процессе: Научно-практическое пособие. – М., 1998.

Старович З. Судебная сексология. – М., 1991.

Столин В.В., Бодалев А.А. Общая психодиагностика. – М., 1987.

Ткаченко А.А. Парафилии и сексуальные извращения. – М., 1999.

Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Дворянчиков Н.В. Судебная сексология. – М., 2015.

Ткаченко А.А., Дворянчиков Н.В., Герасимов А.А. Некоторые механизмы гомоцидного садистического поведения // Российский психиатрический журнал. – 2000. – № 5. – С. 25–31.

Ткаченко А.А., Дворянчиков Н.В., Догадина М.А. Онтогенетические механизмы формирования способности к восприятию гендерных качеств у несовершеннолетних жертв сексуального насилия // Российский психиатрический журнал. – 1999. – № 2. – С. 13–18.

Хомская Е.Д., Батова Н.Я. Мозг и эмоции (нейропсихологическое исследование). – М., 1998.

В.Г. Булыгина,
доцент, кандидат психологических наук
Психокоррекционная работа в учреждениях,
осуществляющих принудительное лечение лиц,
совершивших общественно опасные действия

Психотерапия до сих пор еще не сложилась как единая наука с единым понятийным аппаратом, терминологией, теорией. Существует много психотерапевтических направлений, методов, которые основываются на противоречивых теоретических концепциях. В настоящее время известно и осуществляется на практике около 400 разновидностей психотерапии для взрослых пациентов и примерно 200 – для детей и подростков; описано около 300 психологических синдромов или констелляций симптомов, для лечения которых рекомендуется та или иная психотерапия.

Поэтому прежде чем говорить о психокоррекции и психотерапии в рамках принудительного лечения (ПЛ), необходимо раскрыть содержание этих понятий.

Одним из общепринятых определений является следующее: «*Психотерапия – это лечение различных заболеваний с помощью психологических методов*». Можно привести другую редакцию: «*Психотерапия – это использование психологических средств для восстановления нарушенной деятельности организма*».

В этом определении нуждаются в пояснении два момента: что понимается под нарушениями деятельности организма и какие средства относятся к психологическим. Нарушения деятельности могут касаться как психических процессов личности, так и соматических функций. В зависимости от понимания объема понятия «психологические средства» различают психотерапию в широком и узком смысле. *Психотерапия в широком смысле* слова включает социотерапию, лечение средой, трудотерапию. *Психотерапия в узком смысле* является видом активного психологического воздействия психотерапевта на пациента, имеющего психопатологические симптомы и синдромы и находящегося в состоянии кризиса, стресса или душевной болезни.

По определению В.Д. Менделевича, *главной целью всякого психотерапевтического воздействия* является помощь пациентам во внесении необходимых преобразований в свою жизнь, изменении своего мышления и поведения для того, чтобы стать более счастливыми и продуктивными.

При работе с пациентами эта цель конкретизируется в *ряде задач* психотерапевта, который:

- 1) помогает пациенту лучше понять свои проблемы;
- 2) устраняет эмоциональный дискомфорт;
- 3) поощряет свободное выражение чувств;
- 4) предлагает пациенту новые идеи или информирует о способах решения его проблем;
- 5) помогает пациенту в проверке новых способов мышления и поведения за пределами терапевтической практики.

Психологическая коррекция в клинической психологии и психотерапии направлена на активное внешнее вмешательство в формирование адекватного психического состояния человека, гармонизацию его отношений с социальным окружением. Психокоррекция в большей степени ориентируется на процессы манипулирования, управления и регулирования, имея четкие представления об уровне развития психических функций, индивидуально-личностных особенностях.

Целями применения психологической коррекции являются оптимизация, исправление и приведение в норму каких-либо психических функций человека, отклонений его индивидуально-психологических особенностей. Соответственно *задачей психологической коррекции* является выработка и овладение навыками оптимальной и эффективной для индивида психической деятельности, способствующей личностной адаптации человека в обществе.

Психологическое консультирование подразумевает совместное обсуждение психолога с пациентом имеющихся у последнего проблем и возможных вариантов их преодоления, а также информирование пациента о его индивидуальных психологических качествах, специфических типах реагирования, методах саморегуляции. Консультирование направлено на выработку активной позиции человека по отношению к психологическим проблемам с целью обучения способам восстановления или сохранения эмоционального комфорта в жизненных ситуациях. Психологическое консультирование используется при любых психологических проблемах человека как начальный этап терапии.

Информирование пациента представляет довольно деликатный и сложный процесс, поскольку предполагает не только беспристрастное изложение фактов, но и учет возможных реакций человека на информацию о его индивидуальных особенностях, проблемах и др. Существует несколько стратегий информирования, принципиально различающихся степенью использования оценочных категорий, фокусировкой и терминологией. Можно фиксировать внимание на: явных отклонениях функционирования организма и психики; всех имеющихся отклонениях; отклонениях, которые субъект способен осмыслить и изменить; нормативных признаках и проявлениях. В процессе информирования отмечается различный подход не только к фокусировке, но и к описанию и оценке выявляемых в процессе интервьюирования и диагностики клинических феноменов. Возможны оценочный или описательный подходы.

В частности, усвоение человеком знаний о механизмах психологической защиты способно сформировать новый взгляд на собственную психику, закономерности и особенности психического реагирования в стрессовых ситуациях; изменить эти представления, если они оказываются неприемлемыми после соответствующего анализа. Таким образом, в процессе консультирования и получения информации о методах психологической защиты человек сам сможет выбрать наиболее подходящие из предлагаемых ему вариантов. При консультировании пациенту не навязывается единственно верный путь решения проблем, а дается многовариантный обзор возможного поведения.

Основополагающими в выборе тех или иных психокоррекционных, психотерапевтических методик считаются принципы добровольности, осознанности, соответствия (адекватности), целесообразности, допустимости, гуманности.

Факторы лечебного действия психотерапии можно разделить по направленности воздействия их на сферы психики человека – когнитивную, эмоциональную и поведенческую. К когнитивным факторам относятся «универсальность», «осознание», «моделирование»; к эмоциональным – «акцептация», «альтруизм» и «перенос», к поведенческим – «проверка реальности». Кратко раскроем содержание этих факторов.

Универсальность означает, что проблемы пациента – универсальны, в той или иной степени они появляются у всех людей, пациент не одинок в своих страданиях. Уже само непосредственное участие в работе психотерапевтической группы воздействует эффективно и вызывает желаемые изменения.

Инсайт (осознание) означает понимание, осознание пациентом прежде неосознаваемых связей между особенностями своей личности и малоадаптивными способами поведения.

Акцептация (принятие, «эмоциональная поддержка») подразумевает, что большое значение имеет создание климата психологической безопасности, безусловное принятие пациента. В известной степени механизм «эмоциональной поддержки» соответствует факторам «сплоченность» и «внушение надежды».

Альтруизм помогает преодолеть болезненную направленность на самого себя, повышает чувство принадлежности к остальным, чувство уверенности и адекватной самооценки.

Отреагирование (катарсис) подразумевает сильное проявление аффекта и является важной составной частью психотерапевтического процесса.

Самораскрытие (самозексплорация) означает то, что пациент принимает на себя ответственность, так как идет на риск, не зная реакции участников группы на свои чувства, мотивы и поведение.

Проверка нового поведения («проверка реальности») происходит во время обучения новым способам действий, сопровождается осознанием старых неадаптивных стереотипов поведения.

Основными направлениями, или подходами, в психотерапии являются психодинамический, феноменологический (экзистенциально-гуманистический), поведенческий (когнитивно-поведенческий).

Психодинамический подход основывается на представлении, что мысли, чувства, поведение человека детерминированы сферой бессознательного. В норме адаптивное поведение предполагает малое количество конфликтов или эффективное их решение. Многочисленные, тяжелые или плохо управляемые конфликты приводят к аномалиям личности или к психическим расстройствам.

Психоанализ (равно как и любой другой метод в рамках психодинамического подхода) ставит перед собой две основные задачи: 1) добиться у пациента осознания интрапсихического (или психодинамического) конфликта, 2) «проработать» конфликт, т. е. проанализировать, как он влияет на актуальное поведение и на межличностные отношения.

Существует много разновидностей психодинамических теорий личности и лечения эмоциональных нарушений. Они в меньшей степени, чем фрейдизм, фокусированы на бессознательном и прошлом и уделяют больше внимания актуальным проблемам (Адлер, Фрейд, Хартман, Клейн).

Феноменологический подход исходит из позиции, что каждый человек обладает уникальной способностью по-своему воспринимать и интерпретировать мир и что у него есть врожденная потребность в реализации своего потенциала, т. е. в личностном росте. Сторонники этого подхода убеждены, что субъективное восприятие реальности в каждый данный момент детерминирует поведение человека, и сосредоточивают свое внимание на сознании, самосознании, креативности, способности строить планы, принимать решения и нести ответственность за них.

Наиболее известными видами феноменологической терапии являются «клиент-центрированная терапия» Роджерса и «гештальт-терапия» Перлза.

Поведенческий подход в последние десятилетия претерпел существенные изменения и характеризуется использованием когнитивных концепций и процедур.

Бихевиористическая модель научения существенно отличается от психодинамической теории. Многие случаи патологического поведения, рассматриваемые в рамках других концепций как симптомы болезни, с точки зрения поведенческой терапии представляют собой патологические «проблемы жизни». Расстройства поведения являются в основном приобретенными и поддерживаются теми же способами, что и нормальное поведение, поэтому их можно корректировать, применяя поведенческие процедуры. Диагностика в большей степени сосредоточивается на детерминантах актуального поведения, чем на анализе прошлой жизни – фактически успех в изменении проблемного поведения не подразумевает знания его этиологии.

Одной из разновидностей поведенческой терапии является тренинг социальных умений Бэрона и Ричардсон. Тренинг включает демонстрацию лицам, не имеющим базовых социальных умений, примеров адекватного поведения, а также ролевые игры, в ходе которых предлагается представить себя в ситуациях, требующих реализации базовых умений.

Когнитивная психотерапия основана на теории Келли. Успехи клинической практики при самых различных теоретических подходах, согласно Келли, объясняются тем, что в процессе терапии происходит изменение личностных конструктов, т. е. того, как люди интерпретируют свой опыт и как они смотрят на свое будущее. На настоящем этапе развития психотерапии все когнитивные подходы в той или иной степени используют поведенческие техники. Это справедливо и по отношению к терапии Бека и к рационально-эмотивной терапии Эллиса, целью которых является помощь пациенту в замене малоадаптивных стереотипов мышления на более реалистические с помощью моделирования, поощрения и логики.

Следует отметить ряд общих черт, присущих когнитивному и поведенческому подходам:

- 1) ориентация на настоящее, а не на причины расстройств или прошлое пациентов;
- 2) понимание терапии как процесса научения, а терапевта – как учителя (поведенческие терапевты учат новым способам поведения, а когнитивные – новым способам мышления);
- 3) обязательность выполнения домашних заданий для практического усвоения способов поведения и мышления за пределами терапевтической среды;
- 4) предпочтение практических подходов, не обремененных сложными теориями личности.

А.Б. Холмогорова проанализировала теоретические основы отечественной психологии, в которой были разработаны и описаны механизмы развития мышления и личности, на которые опирается в своей работе когнитивный психотерапевт. Основными *принципами отечественной психологии, сближающими ее с когнитивной психотерапией*, являются: принцип активности субъекта, принцип рефлексивно-смысловой саморегуляции мышления и поведения путем осознания и перестройки их оснований, принцип диалога и совместной деятельности как условия развития, принцип единства аффекта и интеллекта при возрастании роли интеллекта в процессе развития человека.

Рассмотрим специфику *психотерапии и психокоррекции, которая проводится в процессе принудительного лечения лиц с психическими расстройствами*.

На настоящий момент существует четырехзвенная структура принудительного лечения: амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра, принудительное лечение в стационарах общего типа, специализированного типа, специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Основными задачами принудительных мер медицинского характера, применяемых в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния (ООД), являются лечение и реабилитация с целью излечения их или улучшения их психического состояния, а также предупреждения совершения ими новых ООД при строгом соблюдении их прав и законных интересов. Психиатрам, психологам и другим специалистам в процессе принудительного лечения больных приходится решать не только терапевтические задачи, но и задачи вторичной профилактики ООД, которым придается особенно большое значение. Это обусловлено тем, что удельный вес повторных ООД достигает 40–60 % от всех деликтов, совершенных психически больными. Кроме того, психически больные, признанные невменяемыми и находящиеся на принудительном лечении, не менее чем в 70 % случаев совершают ООД вне психотического состояния по так называемым негативно-личностным механизмам.

Обсуждаемые в начале лекции цели, виды и содержание оказываемых психотерапией воздействий являлись общими для различных категорий взрослых пациентов, проблемы которых не достигали не только психотического уровня, но и не относились к регистру так называемой большой психиатрии. В последнее десятилетие появляется все больше работ, посвященных проблемам психотерапии больных с выраженной психической патологией и описывающих конкретные методы и результаты воздействий.

Однако количество подобных работ явно недостаточно, а исследования, выполненные в рамках такой сферы психиатрической практики, как принудительное лечение, – единичны. Отсутствуют исследования специфики психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий, даже на уровне обсуждения принципов организации и подходов, в отношении несовершеннолетних обвиняемых с выраженными психическими расстройствами, которым назначено принудительное лечение.

Организационные и методологические аспекты работы психолога на принудительном лечении. Кратко осветим некоторые из этапов работы (табл. 1). Диагностика особенностей саморегуляции, оценка динамики и эффективности реабилитационных мероприятий, оценка эмоциональных и поведенческих проблем будут описаны более подробно и изложены ниже, при обсуждении проблем принудительного лечения несовершеннолетних.

Таблица 1

Задачи, решаемые психологами на ПЛ, и их методическое обеспечение

Этапы	Задачи	Методики
Адаптационно-диагностический	Функциональная и топическая диагностика	Анализ медицинской документации, экспериментальное патопсихологическое и нейропсихологическое исследование
	Оценка эмоциональных и поведенческих проблем	Клинически ориентированные проверочные листы (Ахенбах), полуструктурированные интервью (Кауфман)
	Диагностика особенностей саморегуляции	Опросники ЛФР, Эдвардса, Лocus контроля, Уровень притязаний, опросник «Стиль саморегуляции поведения»
Интенсивные лечебно-реабилитационные мероприятия	Оценка внутрigrупповых отношений в отделении, рекомендации по размещению в отделении больных и составлению психотерапевтических групп	Социометрия, тест руки Вагнера
	Разработка психокоррекционных программ	
	Рекомендации по тактике обучения для педагогов	
	Анализ состояния высших психических функций для оценки терапевтической динамики	Таблицы Шульте, «10 слов», счет по Крепелину
Стабилизация достигнутого эффекта	Оценка динамики и эффективности психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий	Методики исследования самоотношения, самооценки, ТАТ, Люшер, ЦТО
Подготовка к выписке	Оценка агрессивных тенденций, установочного поведения	ТАТ, тест руки Вагнера, Уровень притязаний

Клинико-нозологическая диагностика с выделением патопсихологических симптомокомплексов, традиционно рекомендуемая многими авторами, не является столь необходимой во время принудительного лечения. Она зачастую дублирует результаты неоднократных экспериментально-психологических исследований, имеющихсся в медицинской документации. Кроме того, на результаты выполнения даже конкретных функциональных проб, не говоря о проективных методиках, существенное влияние оказывают два фактора – контекст ситуации исследования и мотивация больного.

Более важными представляются функциональная диагностика, определяющая динамику состояния в контексте ситуации, топическая диагностика в рамках нейропсихологического исследования и диагностика в целях дальнейшего психологического воздействия и оценки его эффективности.

Практически не используемая клиническими психологами топическая диагностика должна стать неотъемлемой частью диагностических процедур на протяжении всего принудительного лечения по следующим причинам: 1) подавляющее большинство больных имеют в анамнезе органически неполноценную почву, 2) данный вид диагностики позволяет дифференцированно отслеживать динамику состояния и корректировать психофармакотерапию с

учетом возникающих побочных эффектов лечения, 3) выделение ведущих нейropsychологических факторов в нарушении структуры высших психических функций позволяет рекомендовать педагогам наиболее эффективные приемы и тактику обучения подростков.

Несмотря на внешнюю простоту проб, применяемых в рамках нейropsychологической диагностики, интерпретация результатов, синдромологическая квалификация, а также определение факторов, лежащих в основе нарушений различных функций – праксиса, зрительного и вербального гнозиса, памяти и т. д., предполагают высокий уровень квалификации психолога, содержательную и временную регламентацию процедуры обследования и комплексность анализа полученных результатов.

Помимо диагностических задач, уже на начальных этапах принудительного лечения приоритетным является психологическое консультирование, в процессе которого, как говорилось выше, происходит обсуждение возникших у человека проблем, возможных вариантов их преодоления и профилактики, а также информирование больного о его индивидуальных психологических качествах, специфических типах реагирования, методах саморегуляции.

Таким образом, консультирование охватывает, во-первых, диагностический процесс и способствует определению наличия или отсутствия психопатологической симптоматики; во-вторых, психообразовательный компонент реабилитационных воздействий (информирование об индивидуально-психологических особенностях, благоприятных и потенциально патогенных ситуациях).

На этапе интенсивных лечебно-реабилитационных программ представляется важной оценка внутригрупповых отношений в отделении с помощью социометрии и последующими рекомендациями по размещению в отделении больных. Совокупность межличностных отношений в группе составляет, по Морено, ту первичную социально-психологическую структуру, особенности которой во многом определяют не только целостные характеристики группы, но и душевное состояние человека. Социометрические методы дают возможность выразить внутригрупповые отношения в виде числовых величин и графиков и таким образом получить наглядную и достаточно формализованную ценную информацию о состоянии группы, выявить так называемых неформальных лидеров. Полученная информация позволяет давать рекомендации по размещению больных как в отделениях, так и по палатам.

Параллельно вышеуказанным задачам ведется работа по составлению психотерапевтических групп. Следует отметить, что и на этапе составления психотерапевтических групп, и в процессе их работы с помощью социометрии можно судить о социально-психологической совместимости членов конкретных групп.

Психокоррекционные и психотерапевтические мероприятия в процессе амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра

Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра (АПЛ) является относительно новой формой принудительных мер медицинского характера. В рамках данной лекции не будут обсуждаться критерии назначения и снятия АПЛ, они изложены в методических рекомендациях Отделения профилактики ООД психически больных, изданных в 2003 году. Неоспоримым и закономерным является возрастание удельного веса и роли психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами, направленных на АПЛ.

Психокоррекция и психотерапия больных с продуктивно-психотическими расстройствами. К этой группе больных относятся лица, совершившие ООД в остром психотическом состоянии и характеризующиеся на момент АПЛ достаточно стабильным психическим статусом непатологического регистра, а также относительной сохранностью адаптационных

возможностей как в сфере профессиональной деятельности, так и в сфере межличностных отношений.

Поэтому на *первом этапе АПЛ* важной является функциональная диагностика, определяющая динамику состояния в контексте ситуации.

Параллельно с решением диагностических вопросов проводится психологическое консультирование.

Таким образом, уже на первом этапе АПЛ больные данной группы активно вовлекаются в реабилитационные мероприятия, нацеленные на устранение невротической и депрессивной симптоматики.

На *втором этапе АПЛ* используются методы психологической коррекции и когнитивная психотерапия с учетом интеллектуального потенциала больных. Последняя рекомендуется в фундаментальных руководствах как основной подход в работе с эмоциональными расстройствами. Обоснованность данных рекомендаций обусловлена мишенеориентированностью и технологичностью, краткосрочностью и экономичностью, высокой эффективностью.

Тем больным, у которых анамнез был отягощен злоупотреблением алкоголем и состояние на момент совершения ООД было обусловлено патологическим опьянением, на втором и третьем этапах АПЛ рекомендовано участие в специализированных психотерапевтических группах лечения алкогольной зависимости, организованных в рамках стационарного лечения.

К группе больных с продуктивно-психотическими расстройствами также относятся больные с периодической и шубообразной формами шизофрении и маниакально-депрессивным психозом. Состояние таких больных на момент АПЛ характеризовалось стойкой, глубокой, качественной ремиссией без выраженного дефекта (соответственно выделялись три варианта ремиссий: неврозоподобный, астенический и психопатоподобный). На всех этапах АПЛ реабилитационные мероприятия в данной группе больных должны быть направлены на психогенные вредности и сопутствующие соматические наслоения.

На *первом этапе* необходимы функциональная, структурная диагностика и диагностика для определения мишеней реабилитационных мероприятий.

На *втором этапе* (по Воловику) психотерапия у данного контингента больных должна быть направлена на осознание факта болезни, эмоциональную стимуляцию, социальную активацию, налаживание коммуникаций; выработку адекватных стереотипов поведения и повышение социальной уверенности; достижение правильного представления о болезни, коррекцию установок и отношений; раскрытие содержательной стороны психологического конфликта, нахождение адекватных форм психологической компенсации.

В связи с активной установкой больных на лечение и сотрудничество с психологом возможно применение тех видов психотерапии, акцент в которых сделан на работу «здесь-и-теперь» и предполагает более активное участие самого пациента в терапевтическом процессе.

Вместе с тем адекватной формой сотрудничества между психотерапевтом и данным контингентом больных является когнитивная терапия, отличающаяся директивной позицией психотерапевта, четкой спланированностью и структурированностью, временной лимитированностью занятий и обязательностью домашних заданий.

Напомним, что *целями когнитивной терапии* являются: исправление ошибочной переработки информации и помощь пациентам в модификации убеждений, которые поддерживают неадаптивное поведение и эмоции. Для опровержения этих дисфункциональных убеждений и содействия более реалистичному адаптивному мышлению используются когнитивные и поведенческие методы. Когнитивная терапия вначале нацелена на снятие симптома, включая проблемное поведение и логические искажения, но ее конечной целью является устранение систематических предубеждений в мышлении.

Традиционно курс когнитивной терапии занимает 15–25 сеансов, по одному занятию в неделю. *Тактика терапии* состоит из начальных занятий, домашних заданий, далее боль-

ший акцент делается на когнитивных моментах, чем на поведенческих техниках. В заключение курса терапии происходит когнитивная репетиция. Спустя два месяца после окончания лечения проводится две или три консультации.

Психокоррекция и психотерапия больных с негативно-личностными расстройствами. Общей характеристикой данной группы, состоящей из больных шизофренией (70 %) и больных с органическим психическим расстройством (30 %), являются относительная стабильность состояния, а также отсутствие непосредственной связи содержания деликта с патологическим процессом. Поведение больных на момент АПЛ в целом упорядоченно, однако отличается выраженными изменениями в эмоционально-волевой сфере. Снижение потребностно-мотивационных характеристик больных приводит к избирательности познавательных процессов, к нарушению социальной опосредованности поведения, проявляется в нарушении социальной регуляции поведения, дефицитарности и дефиците коммуникативных возможностей. Вышеуказанные нарушения перечислены в порядке от основного дефекта, затем первичных, вторичных и третичных патопсихологических симптомов-синдромов.

Соответственно на первом этапе АПЛ необходима структурная и поведенческая диагностика для проведения *поведенческой терапии*. Ее целью является приобретение пациентом так называемого коррективного опыта научения, который предполагает приобретение новых умений совладания, повышение коммуникативной компетентности, преодоление дезадаптивных стереотипов и эмоциональных деструктивных конфликтов. Этот коррективный опыт научения вызывает большие изменения в когнитивной, аффективной и поведенческой сферах. Одной из отличительных черт поведенческого подхода является высокая активность пациента в реальной жизни, между терапевтическими сеансами.

Поведенческая диагностика представляет собой весьма специфическую форму психодиагностики, так как во многих моментах расходится с традиционной, которая, как известно, основана на теории черт и полагает существование относительно стабильных и неизменных качеств личности. В рамках традиционной диагностики внешнее наблюдаемое поведение рассматривается как проявление некоторых центральных стабильных характеристик личности и, следовательно, его можно понять и даже предсказать, «измерив» эти черты.

Проводимая в практической работе *поведенческая диагностика* основывается на следующих предположениях.

1. Поведение человека является не только следствием его строго индивидуальной истории научения и проявлением репертуара поведенческих стереотипов, но и результатом опосредования условиями социальной ситуации, в которую включен индивид. В ходе поведенческой диагностики используется беседа, основой диагноза становятся самоотчеты клиентов (точность которых, конечно же, проверяется дополнительно).

2. В отличие от традиционной психодиагностики, где реакции испытуемого на тестовые задачи сопоставляются с усредненными реакциями больших выборок испытуемых, в поведенческой диагностике сами реакции человека на стимульные ситуации рассматриваются в качестве выборки, на основании которой ставится диагноз. Нормативная функция усредненного поведения других людей при этом репрезентирует собой социальную норму.

Таким образом, сбор и анализ данных в процессе поведенческой психодиагностики имеют целью выявить функциональные связи между важнейшими переменными окружающей среды, ожиданиями пациента, его оценками и планами и особенностями внешне наблюдаемого (вербального и невербального) поведения.

Следует отметить, что поведенческая диагностика в первую очередь служит целям организации и контроля терапевтических вмешательств, хотя и сама она отчасти является терапевтическим вмешательством. Так как в процессе диагностики активно участвует пациент, а терапевт не делает из этого процесса никакого секрета, охотно разъясняя его смысл и принципы, клиент не может остаться не вовлеченным в процесс диагностики.

Результатом поведенческой диагностики является поведенческий диагноз, который активно обсуждается с пациентом и служит основой для выбора методов поведенческой психотерапии. В результате поведенческой диагностики должно быть определено целевое поведение, или образцы поведения, требующие изменений их интенсивности, длительности, условий проявления. Также должен быть проведен анализ условий поведения, т. е. тех условий, при которых это поведение приобретает или тормозится. В заключение должна быть выработана программа терапии и выбраны методы воздействия.

Остановимся подробнее на этапах функционального анализа поведения.

Определение целевого поведения. На первом этапе терапевт совместно с пациентом последовательно принимает ряд решений относительно того, к чему они будут стремиться в процессе терапии. Безусловно, эти решения в существенной мере зависят от тяжести симптома, от условий жизни клиента, последствий, к которым может привести изменение поведения, терапевтических возможностей и ограничений. Оговариваются четкие и однозначные критерии изменений, которые формулируются в форме описания конкретных поведенческих навыков. Конкретность создает основу быстрого и эффективного прохождения второго этапа анализа целей.

Таким образом, если на первом этапе терапевт с больным ищут ответ на вопрос «Что именно должно быть достигнуто?», то на втором этапе отвечают на вопрос «Чего именно в данный момент времени для этого не хватает?» или «Что мешает этого достичь?».

Этап постановки и согласования целей называют этапом «*операционализации цели*».

На этапе *анализа условий поведения* уточняются терапевтические цели и прогнозируются последствия, которые эти цели могут иметь для непосредственного окружения пациента и для него самого в случае, если будут достигнуты. Все предположения, которые возникают на этот счет, обсуждаются с пациентом и с его близкими и служат основой для планирования и контроля процесса поведенческой психотерапии.

В отношении *планирования и контроля терапевтических вмешательств* надо сказать, что практически невозможно определить, когда в процессе психотерапии заканчивается диагностическая фаза и начинается фаза вмешательства. В определенном смысле сама диагностика уже является вмешательством, а терапевтические мероприятия дают новую диагностическую информацию. Условно можно считать, что диагностическая фаза заканчивается этапом планирования терапии, когда увеличивается использование отдельных методов поведенческой психотерапии по согласованному с клиентом плану. Курс поведенческой терапии обычно составляет 25–50 занятий, по одному занятию в неделю.

На *втором и заключительном этапах АПЛ*, помимо проводимой поведенческой терапии, адекватным представляется использование *группового социально-психологического тренинга* общения для психологической коррекции коммуникативных девиаций больных данной группы с применением следующих принципов: 1) «здесь-и-теперь» 2) персонификации высказываний; 3) акцентирования языка чувств; 4) активности; 5) доверительного общения; 6) конфиденциальности (Петровская Л.А.).

Также эффективным методом психологической коррекции поведения лиц с коммуникативными девиациями является так называемый *антиципационный тренинг* (Менделевич В.Д.), направленный на развитие способностей к вероятностному прогнозированию и, следовательно, к адаптационному стилю поведения.

Оптимальным условием реадaptации больных на втором и заключительном этапах АПЛ является работа с родственниками в форме психологического консультирования и семейной психотерапии.

Психокоррекционные мероприятия в отношении несовершеннолетних с выраженными психическими расстройствами. Дифференцированные программы мероприятий для лиц с различными нозологическими формами разрабатываются с учетом психопатологиче-

ского механизма совершенных деликтов, однако они ориентированы на ПЛ взрослых психически больных. Важной научно-практической задачей является разработка принципов клинко-психологической реабилитации *несовершеннолетних* правонарушителей с психическими расстройствами.

Для выбора адекватных психотерапевтических мероприятий в отношении лиц подросткового возраста с психическими расстройствами следует учитывать качественную характеристику заболевания, синдромологическую квалификацию и глубину психического расстройства. Большое значение имеют диагностика этапа онтогенетического развития и уровня патологического реагирования. Кроме того, нельзя обойтись без определения типа личности или личностных особенностей и аномалий, уровня и качества социализации подростка, оценки степени и качества педагогической запущенности, условий жизни.

По мнению В.А. Гурьевой и В.В. Гиндикина, при наличии психической патологии *нозологическая диагностика*, обязательная в любом случае, важна также для решения вопроса о целесообразности применения психотерапии. Иными словами, надо знать качественную характеристику заболевания и уровень психического расстройства (психотический, сверхценный, невротический). Вместе с тем для выбора психотерапевтического метода необходима *синдромологическая квалификация*. При этом надо учитывать, что уровень психического развития ребенка определяется не только фактическим возрастом, но и *соответствием психического развития* своему возрастному периоду. Важное значение имеют этап *онтогенетического развития* (моторный, сенсомоторный, аффективный, идеаторный) и уровень патологического реагирования (соматовегетативный, психомоторный, аффективный, эмоционально-идеаторный). Нельзя обойтись без *определения типа личности или личностной аномальности*, уровня и качества социализации личности, оценки степени и качества педагогической запущенности, условий жизни. Имеют значение *психологические установки* ребенка, особенно те, которые препятствуют формированию внутренних конфликтов: это помогает уточнению механизмов развития психогений и целенаправленному их устранению. Для выбора правильного подхода к пациенту и налаживания контакта требуются знание структурной и динамической характеристики возрастной психологии, представление о том, имеем мы дело с подростком, переживающим возрастную криз, или он находится в так называемой спокойной фазе.

Указанные выше положения были сформулированы психиатрами применительно к подростковому возрасту в целом, без выделения специфических особенностей реабилитационных мероприятий в зависимости от конкретных психических отклонений и тем более без учета степени выраженности девиаций поведения.

Структурно-динамический подход к построению психокоррекционных программ.

При психокоррекционной работе с подростками, совершившими ООД, представляется важным структурно-динамический анализ регуляции поведения. Только при учете индивидуального и типического в особенностях регуляции поведения и понимании роли возрастных, социальных и психопатологических факторов возможен дифференцированный подход к профилактической и реабилитационной работе с несовершеннолетними психически больными.

Таким образом, проблема психокоррекции подростков с психическими расстройствами предстает и в несколько ином ракурсе: необходимы клинко-психологические исследования выраженной психической патологии, обуславливающей тяжкие расстройства поведения на криминальном уровне, для разработки психокоррекционных мероприятий, конечной целью которых будет снижение риска повторных ООД у несовершеннолетних.

Исследования подростков с выраженной психической патологией, совершивших общественно опасные действия, выявили следующие *социальные факторы* девиаций поведения в подростковом периоде. К ним относятся: преобладание эмоционального отвержения, агрессивности или иных малоадаптивных и непоследовательных форм воспитания со стороны родителей. Это препятствует своевременной и полноценной социализации подростка и влияет на

степень его развития их способности и потребности в перспективном, реалистичном целеполагании и операциональном обеспечении реализации выдвигаемых целей.

К *патопсихологическим диспозициям нарушений регуляции поведения у подростков с выраженной психической патологией* относятся: снижение операционально-динамических характеристик памяти, внимания, синдром гиперактивности и дефицита внимания с преобладанием его импульсивного варианта, нарушение критических возможностей, гипертрофированность защитной функции самоотношения и самооценки, преобладание низкой мотивации достижения и неадекватных тактик промежуточного целеполагания. Эти факторы оказывают существенное влияние на оценку, коррекцию и прогноз деятельности.

У *больных шизофренией*, совершивших ООД, отмечается прямая зависимость выраженности внешних поведенческих проблем, агрессивных форм реагирования от дефектности *этапа планирования*. Психологические процессы промежуточного целеполагания не связаны с *этапом программирования*. Адекватность *оценки результатов* ограничена спецификой когнитивной и социальной перцепции (проблемами внимания, закрытостью). Элементы самооценки и самоотношения, связанные с позитивным отношением и социальным одобрением, отражают проблемы социальных контактов и не участвуют в процессах саморегуляции, что клинически (феноменологически) проявляется как некритичность в осмыслении актуальных и возможных ситуаций и обстоятельств.

У *больных с органическим психическим расстройством* выявляются недифференцированность и свернутость осознанных психических процессов регуляции поведения, обусловленная их «сцепленностью». Соответственно у них отсутствует преемственность между этапом инициации деятельности (*планирование*) и ее операциональным наполнением (*программирование*), что клинически (феноменологически) проявляется как импульсивность. На продуктивность *этапов оценки* и своевременной *коррекции* своих действий оказывает влияние низкая мотивация достижения. Отмечаются значительное снижение *гибкости* и расхождение между осознанием своих психических и личностных возможностей и объективной картиной регуляции поведения. Дефицитарность социального распознавания и поведенческих ресурсов, их вариативности обуславливает ситуативную логику поведения и появление агрессивных форм реагирования.

Таким образом, у больных шизофренией выявляются изолированность процессов саморегуляции, отсутствие преемственности и поэтапности ее отдельных звеньев. У больных ОПР, напротив, обнаруживаются излишняя «сцепленность», недифференцированность и неразвернутость последовательного осуществления этапов регуляции поведения.

Криминогенными факторами поведения у подростков с выраженными психическими расстройствами являются такие нарушения регуляторных возможностей, отсутствие поэтапной связи между звеньями саморегуляции и их цикличности; недостаточное влияние уровня притязаний и нормообразующих элементов самосознания на этапы регуляции поведения. Прогностически важным признаком перехода девиаций поведения на делинквентный уровень у подростков с выраженной психической патологией является сочетание синдрома оппозиционного поведения в дошкольном периоде с агрессивными формами поведения. Специфика факторов риска криминального поведения у больных шизофренией определяется сочетанием ранней алкоголизации и агрессивности, у больных органическим психическим расстройством – сочетание импульсивного варианта синдрома дефицита внимания и гиперактивности с тревожностью.

Таким образом, при разных формах психической патологии происходят определенные нарушения процесса саморегуляции. За различными проявлениями общественно опасных действий у несовершеннолетних больных шизофренией и с органическим психическим расстройством лежат отличные структурные нарушения саморегуляции. Расстройства их способности к осознанно-волевому контролю в первую очередь определяются дефицитарностью

различных звеньев саморегуляции, а их общественная опасность – нарушениями системных взаимоотношений этих звеньев.

На основании выделенных общих и специфических характеристик нарушений саморегуляции у подростков, совершивших ООД, можно выделить мишени психокоррекционной работы с учетом этапности принудительного лечения (табл. 2).

Таблица 2

Психокоррекционные мероприятия в процессе ПЛ несовершеннолетних

Этапы	Проблемы	Вид	Эффект (ожидаемый)
Адаптационно-диагностический	Эмоциональные проблемы, связанные с осмыслением и переживанием ситуации ООД, ПЛ и детско-родительских отношений	Телесно-ориентированная и экзистенциальная психотерапия	Нормализация эмоционального состояния, уменьшение субъективной значимости и влияния проблемной ситуации на регуляцию поведения
Интенсивные лечебно-реабилитационные мероприятия	Дефектность и дефицитность базовых психических функций	Нейропсихологические техники, тренинг умений	Улучшение способности к адекватному восприятию, сохранению и переработке информации
	Недостаточная сформированность психических функций саморегуляции	Когнитивная, поведенческая психотерапия	Формирование приемов (навыков) программирования, моделирования, планирования
	Эмоциональные и поведенческие проблемы (в том числе психопатологического регистра)	Клиент-ориентированная психотерапия, арт-терапия, символ-драма	Контроль эмоционального состояния, оценка проблем и представление о способах их решения
Стабилизация достигнутого эффекта	«Изолированность» (шизофрения), «сцепленность» (органическое психическое расстройство) процессов саморегуляции	Когнитивная, поведенческая терапия, тренинг умений	Улучшение способности к разведению и соподчинению этапов саморегуляции
Заключительный	Явления госпитализма	Поведенческая, семейная психотерапия	Расширение репертуара алгоритмов решения возникающих проблем

На *адаптационно-диагностическом* этапе важной представляется работа с эмоциональными проблемами, связанными с осмыслением и переживанием ситуации ООД, назначением принудительного лечения, а также обусловленными имевшими место в прошлом малоадаптивными формами детско-родительских отношений. Снижение аффективной заряженности этих проблем при помощи методов телесно-ориентированной и экзистенциально-ориентированной терапии позволяет нормализовать эмоциональное состояние больного, уменьшить субъективную значимость и влияние проблемной ситуации на регуляцию поведения.

На этапе *интенсивных лечебно-реабилитационных мероприятий* психокоррекционная работа должна проводиться по трем направлениям. Первое – работа по компенсации дефицитности *внимания, памяти, мышления* с помощью нейропсихологических техник. Второе – работа по развитию недостаточно сформированных психических функций регуляции поведения (*планирование, программирование, моделирование*) при помощи методик когнитивной и поведенческой терапии (*интеллектуальная проработка, проигрывание, закрепление, повторение*). Третье – психологическое консультирование и психокоррекция эмоциональных, поведенческих проблем.

На этапе *стабилизации достигнутого эффекта* необходима работа по «связыванию» (у больных шизофренией), выстраиванию и разведению (у больных с органическим психическим расстройством), соподчинению и иерархизации психических процессов осознанной регуляции поведения с использованием как индивидуальных методов психокоррекции, так и групповых форм работы.

На *заключительном этапе (подготовка к выписке)* реабилитационные мероприятия должны быть направлены на профилактику явлений госпитализма и дальнейшее расширение репертуара алгоритмов решения возникающих проблем. Адекватным представляется контролируемое дозирование (вплоть до полного прекращения) психокоррекционной и психотера-

психической работы, при возможности – проведение семейной психотерапии (когнитивной, поведенческой).

Подчеркнем, что указанные криминогенные патопсихологические факторы были выделены на основе анализа таких стабильных индивидуально-психологических особенностей, обусловленных психическим расстройством, которые не только вносят непосредственный вклад в мотивацию противоправного поведения, но и влияют на способы реализации намерений и побуждений больного, обуславливая их неспособность к осознанно-волевому поведению.

При *оценке степени общественной опасности* подростков с выраженными психическими расстройствами и выработке дифференцированных рекомендаций по назначению принудительных мер медицинского характера важным является анализ сопутствующих эмоциональных и поведенческих расстройств. Необходимо учитывать их коморбидность, преобладание симптоматики, возраст манифестации, которые имеют прогностическое значение для оценки динамики, массивности расстройств, вектора их социальной направленности. Для этого необходим ретроспективный анализ уголовного дела и приобщенных к нему материалов (медицинской документации, характеристик). Существенным подспорьем психологу могут быть клинически ориентированные методики Кауфман и Ахенбаха, позволяющие проводить качественный ретроспективный и количественный анализ поведенческих и эмоциональных расстройств.

Для оценки *эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий* в рамках принудительного лечения представляется целесообразным использовать: 1) на адаптационно-диагностическом этапе принудительного лечения – наряду со стандартным патопсихологическим исследованием опросники ADOR и «Стиль саморегуляции поведения», позволяющие выявить «мишени» для будущих психокоррекционных мероприятий; 2) на этапе интенсивных лечебно-реабилитационных мероприятий – пробы на исследование динамических особенностей базовых психических функций, изменение функционального состояния которых достоверно совпадает с субклиническими изменениями психического состояния больных; 3) на этапе стабилизации достигнутого эффекта – методику исследования самооотношения, доказавшую свою чувствительность к диагностированию психического и психологического неблагополучия у подростков; 4) на заключительном этапе – методики «Самооценка» и «Уровень притязаний», обладающие «иммунитетом» к диссимулятивным и другим установкам больных.

В *заключение* хочется обсудить некоторые методологические, теоретические и организационные «за» и «против» применения психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий во время ПЛ.

Д. Шапиро и Р. Эллиот описывают «парадокс эквивалентности» – приблизительно равнозначной эффективности методов лечения, при которых складываются существенно различающиеся отношения между пациентом и психотерапевтом. По-прежнему важными являются такие задачи, как поиск эмпирического обоснования психологических методов лечения (выяснение, что и для кого является полезным и при каких обстоятельствах) и описание и постижение механизмов изменений (каким образом психотерапия в целом и ее разновидности, в частности, достигают позитивного эффекта).

Понимание механизмов психотерапии требует также и объяснения, как соотносятся терапевтические транзакции между пациентом и терапевтом с реальными изменениями в жизни пациента вне приемной психотерапевта.

Следующий вопрос, заслуживающий рассмотрения: какая же из психотерапевтических техник оказывается наиболее эффективной? В настоящее время в психотерапии наблюдается тенденция к эклектизму или интеграции различных технических и теоретических подходов в единый общий подход к лечению, для которого не характерно четкое следование какому-либо строгому правилу, выработанному той или иной школой. В целом многочисленные исследо-

вания показывают, что различные техники терапии оказываются приблизительно равными по эффективности.

Для объяснения незначительности различий в эффективности психотерапевтических школ, столь разных по своим теоретическим и методическим основаниям, предлагаются три альтернативные гипотезы: 1) различные виды психотерапии достигают сходных целей посредством разных процессов; 2) в действительности наблюдаются различные исходы терапии, которые, однако, не улавливаются применяемыми исследовательскими стратегиями; 3) различные виды терапии включают в себя определенные общие компоненты, не обязательно занимающие центральное место, но оказывающие лечебное воздействие. В настоящее время ни одну из этих трех гипотез невозможно полностью ни доказать, ни опровергнуть. Пожалуй, наибольшее количество сторонников собрала третья из них, предполагающая наличие *общих факторов*, присущих всякому психотерапевтическому подходу. К ним в первую очередь относятся надежность психотерапевта, его поддержка и внимание, некоторая доля суггестии.

Результаты исследования Люборски выявили прогностические факторы успешности психотерапии: а) психологическое здоровье; б) эмоциональная свобода; в) сверхконтроль; г) сходство между пациентом и терапевтом. В целом исследование вновь подтвердило вывод о том, что степень сохранности душевного здоровья пациентов является статистически значимым прогностическим показателем будущего успеха психотерапии. Это, разумеется, ограничивает возможности любого типа психотерапии на принудительном лечении.

В последние годы проявляется тенденция не столько к сопоставлению эффективности различных психотерапевтических направлений, сколько к рассмотрению возможного воздействия конкретной терапевтической техники на конкретное психическое нарушение независимо от исходного общетеоретического направления.

Многочисленные исследования, посвященные изучению эффективности психотерапии, позволяют прийти к ряду выводов: 1. многие из изученных видов психотерапии оказывают очевидное влияние на различные типы пациентов, причем это влияние не только статистически значимо, но и клинически эффективно. Психотерапия способствует снятию симптомов, ускоряя естественный процесс выздоровления и обеспечивая расширение стратегий совладания с жизненными трудностями; 2) результаты психотерапии, как правило, оказываются достаточно пролонгированными; 3) различия в эффективности тех или иных форм психотерапии значительно менее выражены, чем можно было бы ожидать: когнитивно-бихевиоральные техники демонстрируют некоторое превосходство над традиционными методами вербальной терапии применительно к определенным типам психических расстройств, но это нельзя считать закономерностью. Длительность психотерапевтического лечения также может быть весьма непродолжительна при определенном типе проблем, тогда как ряд проблем и расстройств не поддаются краткосрочной психотерапии; 4) несмотря на то что отдельные психотерапевтические направления сохраняют своеобразие и свойственную им специфику взаимодействия с пациентом, многие психотерапевты в настоящее время следуют эклектическому подходу; 5) межличностные, социальные и эмоциональные факторы, являющиеся одинаково значимыми для всех видов психотерапии, выступают важными детерминантами улучшения состояния пациентов; 6) за усредненными показателями улучшения состояния пациентов в результате психотерапии скрываются весьма существенные индивидуальные различия. Одной из многих детерминант этих различий является личность самого психотерапевта, другой – личность пациента.

Более частным, но не менее важным является *вопрос подготовки специалистов*, занимающихся психотерапией и психокоррекцией. Дискутируются вопросы о разграничении полномочий клиницистов и психологов, с постулированием исключительной правомерности и компетентности использования психотерапевтических методов только психиатрами и отдачей «на откуп» психологам психокоррекции и психологического консультирования.

Также нет единого мнения о сроках подготовки специалистов, системе супервизорства. Актуальной является проблема возможности и способности сочетания в своей практике нескольких психотерапевтических подходов, поскольку выбор того или иного метода психотерапии как специализации – это всегда вопрос индивидуальных предпочтений, вопрос психического склада конкретной личности, ее образования, ее представлений о себе и о мире.

Следует отметить, что в России нет единого мнения об интегративном методе. На последнем съезде психиатров Б.Д. Карвасарским высказывалось мнение о необходимости исследований, касающихся методологии нового синтетического направления психотерапии. Теоретической базой этого направления могли бы стать следующие положения: 1) интегративный подход к концепции личности, отражающий ее биопсихосоциальное единство, 2) объединение в лечебной практике трех основных моделей психотерапии (медицинской, психологической и социальной) в один процесс во главе с врачом-психотерапевтом и котерапевтами – психологом и социальным работником, 3) личностно-ориентированный характер психотерапевтического подхода, 4) осуществление подбора методик с учетом максимального использования общепризнанных по эффективности механизмов: хорошего контакта с пациентом, стимуляции когнитивного процесса, применения феномена оперантной обусловленности поведения, суггестии и катарктического отреагирования, развития креативных качеств больного.

Рекомендуемая литература

Александров А.А. Современная психотерапия: Курс лекций. – СПб., 1997. Конопкин О.А. Психологические механизмы регуляции деятельности. – М., 1980.

Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. – М., 1995.

Калмыкова Е.С., Кэхеле Х. Психотерапия за рубежом: история и современное состояние (краткий обзор) // Психологический журнал. – 2000. – Т. 21. – № 2. – С. 88–99.

Корнилов А.П., Булыгина В.Г. Психокоррекционные мероприятия в процессе принудительного лечения больных с хроническими бредовыми психозами: Методические рекомендации. – М., 1999.

Менделевич В.Б. Девиантное поведение. – М., 2000.

Московский психотерапевтический журнал. – М., 2001. – № 3,4.

Подростковая и судебная психиатрия / Под ред. В.А. Гурьевой. – М., 1998.

Принудительное лечение психически больных: Пособие для врачей / Под ред. В.П. Котова. – М., 1996.

Принудительное лечение психически больных: Научно-практическое пособие / Под ред. В.П. Котова. – М., 1999.

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре: Руководство для врачей / Под ред. В.П. Котова. – М., 2001.

Соколова Е.Т. Общая психотерапия. – М., 2001.

Эволюция психотерапии. – М., 1998. – В 4-х тт.

Юрьева Л.Н. Этапы реабилитационно-терапевтических мероприятий при проведении принудительного лечения у больных шизофренией: Методические рекомендации. – М., 1991.

Раздел 2

Смежные с медицинской и судебной психологией дисциплины

А.Я. Иванюшкин,
доктор философских наук

Актуальные проблемы профессиональной этики

Содержание профессиональной этики составляют определение, обоснование миссии (целей) профессиональной группы, системы нравственных ценностей данной профессии, моральных качеств, необходимых ее представителям. Общеизвестно, что профессиональная этика особенно важна в медицине, в деятельности юристов, педагогов, социальных работников, журналистов, ученых, дипломатов, в практике оказания психологической помощи людям.

Почему выделяются прежде всего эти профессии? Потому что межличностное общение в них затрагивает важнейшие ценности человеческого бытия – жизнь, здоровье, права человека и т. д. Медико-этический принцип «Не навреди!», по сути дела, актуален в профессиональной этике в целом. Этическая некомпетентность врача или практикующего психолога, медсестры или социального работника неизбежно становится и профессиональной некомпетентностью. Особая тема – злоупотребления профессиональными знаниями, профессиональным положением медиков, юристов, журналистов, психологов и т. д. Именно профессиональная этика должна быть одной из гарантий предупреждения таких злоупотреблений.

Профессиональная этика прежде всего существует как живая традиция поддержания высокого уровня этических стандартов данной профессии. Представители всех названных профессий постоянно сталкиваются с морально-этическими коллизиями, для разрешения которых бывает недостаточно одного житейского опыта. И профессиональная этика есть тот коллективный моральный опыт, та коллективная нравственная мудрость, которые помогают рядовым представителям профессии избегать ошибок при принятии этических решений. В связи с этим невозможно переоценить роль подлинных учителей в таких профессиях, персонализирующих саму эту живую традицию.

По сути дела, в повседневной практике мы отождествляем понятия «профессиональная мораль» и «профессиональная этика». Почему же, критически оценивая чьи-то профессиональные действия, мы говорим: «Это неэтично» (причем такая форма выражения является не просто привычной, но и достаточно корректной)? Потому что даже по своему происхождению профессиональные морально-этические нормы, так сказать, рукотворны (клятва Гиппократа), как и теоретические построения этической науки (этика Канта). В законченном виде профессиональная этика – это упорядоченные, систематизированные морально-этические принципы и нормы, которые излагаются в форме этического кодекса профессии.

В философско-теоретическом плане проблемы профессиональной этики углубленно изучаются в русле прикладной этики. В истории этики как философской науки было несколько этапов, предшествовавших бурному развитию прикладной этики в последние десятилетия XX века (нормативная этика, метаэтика, дескриптивная этика). В русле прикладной этики осуществляются углубленный этико-теоретический анализ трудных (драматических, а то и трагических) моральных ситуаций в области современной медицины, принятие решений в сфере политики (моральное оправдание войны, шпионажа и т. д.), юридической практики (особенно горячие споры об отмене смертной казни), бизнеса (взять хотя бы этические требования к

рекламе), охраны окружающей среды («природа и ее права», «права животных»), а также моральных проблем феминистских движений, защиты прав сексуальных меньшинств и др.

Как считает А.А. Гусейнов, возникновение и бурное развитие прикладной этики свидетельствуют о переживаемой человечеством второй этической революции (первая началась в середине I тысячелетия до н. э., когда возникла философия, а кульминацией ее стали мировые религии, в лоне которых сформировались общечеловеческие нравственные ценности). Во все последующие эпохи жизнь (природы и человека) была предпосылкой нравственности людей. Так, согласно верованиям авраамитических, т. е. уходящих корнями в Ветхий Завет, религий (иудаизм, христианство и ислам), Бог сначала сотворил мир и человека, а затем дал ему нравственный идеал и моральные нормы. В социальной жизни мораль всегда возвышается над повседневным бытием, да и в самой морали существует два уровня – высшие понятия долга, достоинства и справедливости и собственно нравы (феномен удвоения морали). Предназначение прикладной этики заключается в том, чтобы поднять конкретную социальную практику (медицинскую, психологическое консультирование, бизнес и т. д.) до уровня моральных требований.

Наиболее развитой из всех направлений прикладной этики является биоэтика. *Биоэтика – это современная медицинская этика.* Мы уделим далее преимущественное внимание биоэтике в силу следующих причин: 1) философско-этический аспект биоэтики разработан особенно основательно, причем применяемые здесь методологические подходы продуктивно используются и в социальной работе, и в практике психологического консультирования и т. д.; 2) знакомство с современной медицинской этикой несомненно важно для психологов, работающих в учреждениях здравоохранения; 3) в XX в. история медицинской этики в России полна подлинного драматизма, первые работы по биоэтике появились у нас с опозданием на 15 лет, отставание в этой области все еще сохраняется, что в основном и определяет сегодня трактовку проблем информированного согласия, конфиденциальности и т. д. при оказании профессиональной медицинской помощи нашим согражданам.

Биоэтика – это в определенном смысле новая профессиональная этика в медицине, которая сохраняет гуманистический дух классической этики Гиппократов (V–IV вв. до н. э.), но некоторые конкретные заповеди этой этики в современной медицине пересматриваются.

Приведем основные положения этики Гиппократов. Сначала обратимся к его знаменитой клятве. *Уважение к жизни:* «Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла, точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария». *Цель медицины – благо больного:* «В какой бы дом я ни вошел, я войду туда только для пользы больного». *Не навреди:* «Я направлю режим больных к их выгоде..., воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости». *Медицинская тайна:* «Что бы при лечении, а также и без лечения я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной».

В книге «Об искусстве» говорится об *отношении к неизлечимым и умирающим больным:* «...К тем, которые уже побеждены болезнью, она (медицина. – А.И.) не протягивает своей руки». Хотя специалисты-историки считают, что данная книга Корпуса Гиппократов не принадлежит самому Гиппократу, в течение столетий медицина придерживалась именно такой тактики в отношении к безнадежным больным. В книге «О благоприличном поведении» дается обоснование «*святой лжи*» в медицине: «Все... должно делать спокойно и умело, скрывая от больного многое в своих распоряжениях...» О том же говорится в книге «Наставления»: «Но сами больные, по причине своего плачевного положения, отчаявшись, заменяют жизнь смертью».

В той же книге «Наставления» обсуждается вопрос о *гонораре медиков*, дается совет – сначала оказывать помощь, а уж потом заботиться об оплате своего труда: «Лучше упрекать спасенных, чем наперед обирать находящихся в опасности». По Гиппократу, философия, этика

медицинского дела непременно предполагают элемент филантропии: «И я советую, чтобы ты не слишком негуманно вел себя, но чтобы ты обращал внимание на обилие средств (у больного) и на их умеренность, а иногда лечил бы и даром...» Неоднократно Гиппократ касается *практики парамедиков (псевдоврачей)*, т. е. тех, кто, «обладая профессиональной ловкостью, обманывает людей... Их всякий может узнать по одежде и прочим украшениям». И в те времена парамедики подчеркивали свой «особый дар», владение эзотерическим знанием (доступным лишь посвященным). В отличие от них врачи школы Гиппократа (представляющие научную медицину) «отдают в общее сведение все, что приняли от науки» («О благоприличном поведении»).

Тема *авторитета медицины*, уважения медика к своей профессии проходит красной нитью через многие книги Гиппократа. «Медицина поистине есть самое благородное из всех искусств» («Закон»). «Врачу сообщает авторитет, если он хорошего цвета и хорошо упитан... ибо те, которые сами не имеют хорошего вида в своем теле, у толпы считаются не могущими иметь правильную заботу о других... Тот врач, который изливается в смехе и сверх меры весел, считается тяжелым... Поспешность и чрезмерная готовность, даже если бывают весьма полезны, презираются...» («О врачах»). «Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство...» («Клятва»). В «Клятве» Гиппократ *запрещает врачу интимные отношения с пациентом*. «В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего... несправедного..., особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами». Таким образом, Гиппократ предписывает медику держать под этическим контролем не только собственно профессиональную деятельность, но и весь свой образ жизни.

В свете биоэтики положения этики Гиппократа постоянно рассматриваются как своеобразная точка отсчета в дискуссиях о проблемах эвтаназии, ассистированного самоубийства, достойной смерти (права на смерть), «святой лжи в медицине» и др. Общий же дух новой медицинской этики рубежа XX-XXI вв. особенно отчетливо проявляется в отказе от патерналистского начала гиппократовской этики: «Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими знаниями и моим разумением» («Клятва»). Началом начал биоэтических подходов ко всем конкретным проблемам современной медицинской этики является ограничение, скажем так, власти врача, его права единолично принимать решения, которые в современной медицине принимаются в диалоге с пациентом, при уважении автономии личности пациента, его законных прав.

Категориальный строй гиппократовской этики в целом оставался неизменным в европейской медицине на протяжении 24 веков, однако социально-культурный фон профессиональной деятельности врачей, например, в Англии XVIII в. (где в конце этого века уже появился первый учебник по медицинской этике Т. Персиваля) и в России XIX в. (где в начале этого века еще только складывались самобытные традиции академической, научной медицины), конечно, был разным. Для нас представляет особый интерес, как трактовались, «звучали» идеи этики Гиппократа у корифеев дореволюционной отечественной медицины.

Основоположник отечественной клинической медицины, декан медицинского факультета Московского университета М.Я. Мудров, имея в виду Гиппократа, любил повторять своим студентам (среди которых в 20-е гг. XIX в. был Н.И. Пирогов): «Сию главу надо читать на коленях!» А вот проблему информирования безнадежных больных он решал так: «Обещать исцеление в болезни неизлечимой есть знак или незнающего, или бесчестного врача». Иными словами, эта сложнейшая проблема сообщения врачами правды тяжелым больным и раньше допускала отступление от соответствующей заповеди Гиппократа, во всяком случае, современники М.Я. Мудрова доктор Шольц и профессор Арендт сказали умиравшему после дуэли Пушкину правду.

Оценивая уровень этического сознания отечественных врачей на рубеже XIX-XX вв., следует иметь в виду главное: русская медицина в этот период уже была органической частью

мирового медицинского сообщества – вспомним европейскую известность С.С. Корсакова или полемику В.П. Сербского с Э. Крепелиным относительно сущности шизофрении. Что же касается некоторых конкретных проблем профессиональной этики, то такие отечественные дореволюционные авторы, как В.А. Манассеин и В.В. Вересаев, в чем-то предвосхищали напряженные современные дискуссии в биоэтике.

Вот далеко не полный перечень тем, преимущественно морально-этического характера, которые постоянно обсуждались в издававшейся В.А. Манассеиным в 1881–1901 гг. газете «Врач»: научная и альтернативная медицина, отношение к гомеопатии (В.А. Манассеин считал ее квазимедициной), сотрудничество врачей со знахарями («самопродажа врачей»); врачи и аптекари; медицина и пресса, медицинская реклама; аборт и контрацепция, евгеника и стерилизация (позиция В.А. Манассеина здесь была консервативно-осуждающей); проблемы феминизма («женский вопрос»), легализации проституции под контролем врачей; смертная казнь и телесные наказания; «непозволительные, преступные опыты над больными и здоровыми людьми» (в том числе умирающими, заключенными, приговоренными к смерти), необходимость при этом «полного согласия и ясного понимания» со стороны испытуемых и т. д.

Социально-острые материалы, публиковавшиеся во «Враче», имеют еще одно исключительное достоинство – их трактовка и оценка давались на фоне соответствующего положения дел в других, так называемых цивилизованных, странах. «Врач» убедительно свидетельствовал, что в решении многих актуальных морально-этических вопросов в медицине Россия не только не отставала от других стран, но подчас выглядела более прогрессивной.

Особенно интересна позиция В.А. Манассеина в отношении медицинской тайны, которая, с его точки зрения, не должна разглашаться ни при каких обстоятельствах, как тайна исповеди. Иную позицию отстаивал в России в те годы крупнейший юрист А.Ф. Кони: медицинская тайна (как и адвокатская, коммерческая и др.) – это «тайна обязательная», однако в особых случаях (например, при расследовании преступлений) для нее должны быть сделаны исключения: «Из-под оболочки врача должен выступить гражданин».

Все вроде бы ясно, но как тогда объяснить упорство В.А. Манассеина, неужели он не сознавал силы приведенных выше аргументов, очевидных не только для юристов, но и для многих коллег-врачей? Вот это упорство, это «этическое доктринерство» профессора В.А. Манассеина представляют особый интерес. Дело в том, что никогда никакое юридическое решение проблемы медицинской тайны не может быть окончательным. Кто-то сказал: юридический максимум – это этический минимум. Спустя столетие, совсем в других социальных условиях мы вновь и вновь вынуждены решать ту же самую морально-этическую дилемму. Когда ВИЧ-инфицированный не хочет, чтобы о его болезни знал его половой партнер, когда пациент с высоким риском наследственного заболевания хочет утаить его от работодателя, от страховой компании, нас постоянно подстерегает соблазн утилитаристского подхода: добро – это максимальная польза для максимально большого числа людей. И поскольку мы мучительно ищем в каждом отдельном таком случае баланс между интересами личности и общества (других людей), мы так или иначе отдаем дань вроде бы иррациональному упорству «этического доктринера» профессора В.А. Манассеина, никогда и ни при каких обстоятельствах не допустившего «предательства по отношению к больному».

Столь же большой общественный резонанс, как и дискуссия о медицинской тайне, имело обсуждение на страницах «Врача» темы денежных отношений врачей и их пациентов. Сам В.А. Манассеин был бессребреником: оставив место профессора, он два раза в неделю вел прием (как правило, бесплатный) больных из числа студентов, рабочих, интеллигенции и т. д. Неудивительно, что газета «Врач» была катализатором споров вокруг частной практики, причем наиболее принципиальная часть полемики велась вокруг имени крупнейшего отечественного терапевта, профессора Московского университета Г.А. Захарьина. За что же критиковали Г.А. Захарьина В.А. Манассеин и его единомышленники?

Во-первых, за то, что он брал очень высокий гонорар, причем «без запросу», т. е. ввел постоянную таксу – 100 руб. за визит к больному, 50 руб. за прием в кабинете, 10 руб. за осмотр пациента ассистентом. Такой подход все больше распространялся во врачебной среде, появилось расхожее выражение: «Я сегодня поднял себя до 5 или 10 рублей». У ревнителей традиции медицинской этики, конечно, были свои резоны для негодования: как говорилось выше, в книге «Наставления» Гиппократ не советовал начинать работу с пациентом с вопроса о вознаграждении.

Во-вторых, противники безудержной коммерциализации медицины небезосновательно усматривали здесь причины деформации сначала медицинской этики, а затем психологии врачей. В своем кругу некоторые из них шутили не только по поводу «диагноза», когда врач на ощупь знает, какую кредитку вложили ему в руку, но и по поводу «прогноза», когда врач с порога определяет, с какой мздой покинет этот дом. Теперь можно понять подтекст режущих сегодня слух определений в газете «Врач» – «московская захариниада», «медицина лавочников», «ремесло для наживания денег» и т. д. Ученик В.А. Манассеина Д.Н. Жбанков рассказывал о цинизме одного представителя врачебной инспекции: дело шло о каком-то врачебном свидетельстве, пациент торговался и, наконец, предложил 150 руб. с условием, что никому об этом не скажет, на что врач ответил: «Давайте 200 и всем говорите».

С нашей точки зрения, оценка В.А. Манассеиным частной практики Г.А. Захарьина все-таки грешила односторонностью. При более объективном подходе следует учитывать, что в университетской клинике Г.А. Захарьин принимал бесплатно, а свое жалованье профессора Московского университета отдавал в фонд нуждающихся студентов. Далее, с этической точки зрения представляются весьма уязвимыми публикации в газете «Врач» размеров гонораров выдающихся врачей (Шарко, Бильрота, Захарьина, Склифосовского и др.), причем подразумевалось, что сами по себе астрономические суммы (40 тыс., 25 тыс. руб. и т. д.) безнравственны. Но ведь понятие «гонорар» иное, чем понятия «заработная плата», «жалованье», «стоимость медицинской услуги». Гонорар – это не только отражение работы и социального статуса врача, но и возможностей и социального статуса пациента.

В самом начале XX в. центром обсуждения вопросов медицинской этики в России стала книга В.В. Вересаева «Записки врача» (первая публикация в журнале «Мир божий» в 1901 г.). Сам В.В. Вересаев писал позднее, что он никогда не имел бы такой писательской известности, если бы не написал «Записки врача». До революции вышло 9 изданий этой книги. Успех ее был огромный, она получила более 100 откликов не только в русской, но и в немецкой, французской, английской и итальянской печати. «Записки врача» одобрил Л.Н. Толстой. А.П. Чехов заботился, чтобы книга В.В. Вересаева, а также его «Ответ моим критикам» (1903) обязательно были в Таганрогской библиотеке. В то же время многие отзывы врачей о книге В.В. Вересаева были негативными.

Из всего множества «проклятых вопросов», обсуждаемых В.В. Вересаевым в «Записках врача» (о врачебных ошибках, о вскрытиях, об авторитете медицины, о частной практике и денежных расчетах врачей с пациентами, о филантропии в медицине и др.), мы остановимся всего лишь на одном – на вопросе о клинических экспериментах. Позиция В.В. Вересаева в этом вопросе по существу продолжает традицию газеты «Врач», однако благодаря широкой известности «Записок врача» за рубежом в современной литературе по медицинской этике именно В.В. Вересаев нередко называется одним из тех, кто предвосхитил закрепленные в Нюрнбергском кодексе и Хельсинкской декларации современные этические принципы и правила при проведении клинических экспериментов.

После Октябрьской революции 1917 г. в системе здравоохранения России происходят коренные изменения, которые не могли не затронуть такой аспект медицины, как ее профессиональная этика. Когда первый нарком здравоохранения Н.А. Семашко в своих публикациях говорил о врачебной этике, он, как правило, прибавлял слова «так называемая». В первое деся-

титлетие советской истории Н.А. Семашко неоднократно заявлял, что в условиях советской медицины взят «твердый курс на уничтожение врачебной тайны».

В этом историческом факте отрицания значения (роли, ценности) профессиональной тайны в медицине мы видим отражение того этического нигилизма, который официально и открыто насаждался в нашем здравоохранении особенно в 20-е годы. Причин тому было несколько: 1) тоталитарная общественная система исключала уважительное отношение к человеческим и гражданским правам личности; 2) командно-административная организация медицинского дела в стране утверждала преимущественно казенные (бюрократические) механизмы управления учреждениями здравоохранения (через минздравовские приказы, инструкции и т. д.), что делало как бы и ненужной медицинскую этику; 3) господствующая идеология, утверждающая примат общественных интересов перед личными, как бы автоматически превращала «врачебную тайну» в сомнительную ценность. Так или иначе, но со временем термин «врачебная тайна» как отдельный и самостоятельный даже выпал из советских медицинских энциклопедий.

На фоне официально насаждаемого этического нигилизма в отечественной медицине в 30-40-е годы появляется книга одного из основоположников отечественной онкологии Н.Н. Петрова «Вопросы хирургической деонтологии». Благодаря Н.Н. Петрову понятие деонтологии стало исключительно популярным в среде советских медиков. Согласно Н.Н. Петрову, медицинская деонтология – это правила поведения медицинского персонала, направленного исключительно на максимальное повышение суммы полезности лечения и максимальное устранение вредных последствий неполноценной медицинской работы. Особенно следует подчеркнуть, что выдающийся отечественный хирург выделяет вопросы «информирование больного» и «неизлечимые больные». В целом же книга Н.Н. Петрова есть утверждение прежде всего таких принципов медицинской этики, как «непричинение вреда» и «уважение к профессии».

В современной медицине употребляются оба термина – и «медицинская этика», и «медицинская деонтология». Этика всегда была частью философии. Когда, например, говорят «католическая медицинская этика» или «исламская медицинская этика», то подчеркивают исходный мировоззренческий (в данном случае – религиозный) аспект моральных принципов, норм и правил, обязательных для врачей, медсестер и других работающих в медицине специалистов. Понятие «медицинская деонтология» отражает сами эти обращенные к практике моральные нормы, правила, стандарты.

И все-таки книга Н.Н. Петрова, а также работы выдающихся клиницистов А.Ф. Билибина, Н.А. Кассирского, Е.М. Тареева и др., посвященные морально-этической проблематике в медицине, лишь отчасти могли противостоять всему тому, что ослабляло этическое начало в отечественном здравоохранении. К названным выше причинам (преимущественно административный характер управления медицинским делом в нашей стране и диктат господствовавшей идеологии) необходимо добавить еще одну – изоляцию отечественных медиков от мирового медицинского сообщества.

В определенном смысле начало современного этапа в истории медицинской этики связано со Второй мировой войной. После войны мир узнал о преступлениях нацистской антимедицины. С точки зрения влияния на всю последующую историю медицинской этики наибольшее значение имели преступные нацистские медицинские эксперименты на людях. В большинстве своем это были военнопленные, заключенные. Речь идет об экспериментах с «большими высотами» (в барокамере моделировались условия быстрого подъема на высоту в несколько километров, при котором испытуемые погибали в ужасных мучениях); с морской водой, которые почему-то в основном проводились на цыганах (одна группа пила только морскую воду, другая – морскую воду, соленый вкус которой был нейтрализован, третья группа была лишена воды вообще); с переохлаждением (после снижения температуры тела изучались

различные методы отогревания, в том числе «животным теплом», когда обнаженного мужчину клали между двумя обнаженными женщинами). Конечно, изучались огнестрельные раны (которые специально наносились подопытным, в том числе пулями, содержащими фосфор и другие отравляющие вещества): одна группа получала сульфаниламиды, другая – хирургическое лечение, третья была «контрольной», т. е. оставлялась без лечения. Большинство подопытных погибли.

С 25 октября 1946 г. по 19 июля 1947 г. Первый Военный Трибунал США в Нюрнберге рассматривал «Дело медиков». В приложении к приговору нацистским медикам был сформулирован знаменитый Нюрнбергский кодекс — *10 правил* (своего рода этическая азбука) *проведения медико-биологических экспериментов на людях*.

1. Прежде всего необходимо добровольное согласие (полученное без насилия, обмана, мошенничества, хитрости) испытуемого, который должен быть полностью информирован обо всех сторонах эксперимента.

2 и 3. Эксперимент должен быть научно обоснован, ему должны предшествовать исследования на лабораторных животных.

4, 5 и 6. Риск должен быть разумным и оправданным: следует максимально избегать физических и психических страданий и повреждений (возможность смерти или приобретения инвалидности должна быть исключена), ожидаемая польза должна быть выше предполагаемого риска.

7. Должно быть все предусмотрено для защиты испытуемого.

8. Проводящий эксперимент должен обязательно иметь научную квалификацию.

9 и 10. Испытуемый должен иметь право остановить эксперимент, а экспериментатор обязан сделать это, если степень риска превысит допустимую меру.

В том же 1947 г. возобновила работу Всемирная медицинская ассоциация (ВМА) – международная неправительственная организация врачей, которая в 1948 г. приняла Женевскую декларацию – современный аналог «Клятвы Гиппократата». В ней, в частности, говорится, что даже под угрозой врач не вправе поступать вопреки требованиям гуманности, что в профессиональной деятельности он должен руководствоваться высочайшим уважением к человеческой жизни с момента зачатия, что он будет уважать секреты, которые ему доверяются, даже после смерти пациента и т. д. С тех пор, вот уже на протяжении полувека своей истории, ВМА приняла десятки этических документов – Международный кодекс медицинской этики (1949), Хельсинкскую декларацию (Биомедицинские исследования на людях, 1964), Сиднейскую декларацию относительно смерти (1968), Декларацию Осло о медицинском аборте (1970), Лиссабонскую декларацию о правах пациента (1981) и т. д. Используя профессиональный, социальный и духовный опыт всего мирового врачебного сообщества, лучших экспертов в области медицины, а также в других областях науки, ВМА стала своего рода всемирной лабораторией современной медицинской этики.

К сожалению, сообщество отечественных врачей ни в советское время, ни после распада СССР не являлось и до сих пор не является членом ВМА. Таким образом, наши врачи находятся в фактической изоляции от мирового врачебного сообщества, а это, в свою очередь, означает для них отлучение от сокровищницы международных документов по современной медицинской этике. Первые более или менее полные издания этических документов ВМА на русском языке появились лишь в 1995 и 1996 гг., однако оба эти издания по разным причинам практически недоступны огромной массе российских медиков.

Парадокс ситуации усугубляется тем, что отечественная медицинская наука в последние десятилетия по многим направлениям вполне соответствовала мировому уровню или даже занимала лидирующее положение. Если же учесть, что большинство самых злободневных этических проблем медицины порождены именно современным научно-техническим прогрессом (успехами реаниматологии, трансплантологии, медицинской генетики и т. д.), то как раз

к решению этих проблем отечественные врачи и другие специалисты оказались не совсем готовы. В нашей стране на 15 лет позднее, чем в других развитых странах, появились работы по биоэтике.

Термин «биоэтика» предложил американский биолог Ван Роннселлер Поттер, автор работ «Биоэтика: наука выживания» (1971), «Биоэтика: мост в будущее» (1972). *Под биоэтикой большинство современных авторов понимают важнейшее направление современной прикладной этики, в русле которого исследуются философские, религиозные, этические проблемы современной медицины, возникающие при биомедицинских исследованиях на живых объектах, при клиническом применении новейших медицинских технологий (реанимации, искусственного оплодотворения, трансплантации органов и т. д.).* Поиск выхода из таких «проблемных ситуаций» – это не просто моральный выбор того или иного врача, это – выбор всего человечества. Нередко термин «биоэтика» употребляется как тождественный терминам «современная медицинская этика» и «биомедицинская этика».

В книге по биоэтике, подготовленной в 1990 г. Советом Европы, отмечается, что многие актуальные морально-этические вопросы, связанные с биотехнологией, не имеют ответов, однако «публикация даже самих вопросов – без ответов на них – может оказаться полезной». Биоэтика как научная и учебная дисциплина есть прежде всего грамотная постановка таких вопросов.

Во-первых, грамотная постановка биоэтических вопросов означает комплексный, междисциплинарный подход к ним. Биоэтика – это междисциплинарная область исследований, междисциплинарная область знаний, в которой одинаково важен компетентный и авторитетный голос как специалистов-медиков, так и философов, юристов, социологов, психологов, демографов и т. д. Возьмем в качестве примера состояние смерти мозга, когда необратимо отсутствуют все функции головного мозга при сохраняющейся деятельности сердца. Жив этот человек или мертв? Квалифицированный анализ данного вопроса требует основательных знаний из области анатомии и физиологии мозга, о клинической неврологии, о применении таких методов, как электроэнцефалография, ангиография, ультразвуковые методы исследования – транскраниальная доплерография, дуплексное сканирование и т. д., а также требует солидной философской, юридическо-правовой и т. п. подготовки.

Во-вторых, грамотная постановка вопросов биоэтики требует обязательно учитывать их социокультурный контекст. И прежде всего необходимо иметь в виду трактовку этих вопросов в свете религиозной морали. Конечно, степень разработки биоэтических вопросов в разных религиозных конфессиях различна. Наиболее детально и в то же время комплексно биоэтические вопросы проанализированы католической церковью. Юбилейный архиерейский собор Русской Православной Церкви (Москва, 13–16 августа 2000 г.), рассмотрев основы социальной концепции Русской Православной Церкви, в том числе авторитетно подтвердил позиции последней по таким проблемам биоэтики, как аборт, эвтаназия, контрацепция, новые биомедицинские методы преодоления бесплодия, генетическое тестирование, клонирование, трансплантация органов, фетальная терапия, транссексуальная хирургия.

Биоэтика является не только научной дисциплиной, но и социальным институтом. Формы ее институционализации различны: существуют центры биоэтических исследований (например, Гастингский центр в США); уже много лет издаются специализированные журналы (например, в США – «Доклады Гастингского центра», в Великобритании – «Бюллетень медицинской этики» и т. д.); все шире биоэтика как учебная дисциплина входит в систему современного образования – не только медицинского, но и философского, теологического, правового, психологического и т. д.

Наиболее ярким выражением институционализации биоэтики является возникновение во многих странах (в США – еще в начале 1970-х гг., во Франции – на рубеже 1970-1980-х гг. и т. д.) независимых этических комитетов – сначала в научно-исследовательских, а затем

и в практических учреждениях здравоохранения. В состав комитетов входят как специалисты-медики (ученые, врачи, медсестры), так и юристы, психологи, духовные лица и обязательно рядовые граждане (обоих полов). Этические комитеты выполняют в основном консультативные, образовательные, просветительские функции, но иногда наделены властными полномочиями (например, без их разрешения не финансируются какие-то научные исследования).

Очевидно, что возникновение этических комитетов – это введение дополнительного общественного контроля (контроля гражданского общества) за современной медицинской практикой, поскольку последняя все чаще чревата риском ущерба здоровью и поскольку она делает уязвимыми права человека (на жизнь, на охрану здоровья и т. д.). В России этические комитеты стали формироваться лишь в начале 1990-х годов, и до сих пор их деятельность находится в зачаточном состоянии.

Предпосылки растущего интереса к вопросам профессиональной этики психотерапии, психологического консультирования¹ следующие: 1) стрессогенность социальной жизни в современной России определяет востребованность услуг психологов; 2) новая историческая ситуация в России конца XX в. сделала по-настоящему доступными для отечественной научной элиты в целом и для профессионалов-психологов в особенности достижения психологической науки (огромными тиражами изданы труды З. Фрейда, К. Юнга, Э. Берна и др.); 3) бум альтернативных психологических услуг, свидетельствующий о возрастании рейтинга психологов на рынке труда в современной России (примеры рекламных текстов: «Профессиональный психолог-ясновидящий поможет в кризисной ситуации»; «Магия: снятие порчи, сглаза, проклятия. Психоанализ. Гадание – все виды»).

Как и в других «человековедческих» профессиях, в психотерапии, психологическом консультировании в последние годы разработаны свои этические кодексы. Например, Американская психологическая ассоциация (АПА) разработала в 1990 г. руководство «Этические принципы психолога». Аналогичный кодекс есть и в Российском психологическом обществе. Основные этические требования к практикующему психологу: не наносить клиенту вреда; не эксплуатировать отношения зависимости, возникающие в ходе терапии; действовать только в пределах профессиональной компетенции; опираться только на согласие клиента, понимающего суть происходящего и осведомленного о возможных последствиях; соблюдать конфиденциальность и т. д.

Из множества проблем профессиональной этики психологов мы обсудим лишь некоторые. Существует большое число методов психологической помощи, так или иначе признанных научным сообществом (как отмечает Б. Карасу, «ошеломляющее разнообразие способов лечения, которые сейчас предлагаются потенциальным пациентам») – психоанализ, гештальт-терапия, нейролингвистическое программирование, «лечение криком» (примитивная терапия Янова), «лечение уговорами» (рациональная терапия Эллиса), «лечение решением» (терапия прямого лечения Гринвальда) и т. д. и т. п. Заведомая трудность понимания обывателем психологического дискурса, усугубляемая многообразием психологических школ и методов, делает непростой задачу получения информированного согласия клиента перед началом работы с ним психолога.

Эта трудность возникает и у врачей, если они строят свою практику на основе современной биоэтики, и прежде всего такого ее принципа, как уважение автономии личности. Осознанность и добровольность согласия пациента на терапию, например, новым лекарственным средством вряд ли предполагают его информирование о тонкостях фармакокинетики препарата, но обязательно требуют информирования о шансах на успех лечения, о возможном риске и альтернативах лечения с точки зрения современной научной медицины. Очевидно, что объяснять

¹ Автор выражает благодарность психологу СВ. Воликовой за помощь при сборе материала к этой части работы.

клиенту сущность, например, НЛП-практик – более трудная задача, чем доказать страдающему бронхиальной астмой пациенту фармакологическую эффективность нового бронхолитического средства. Многообразие критериев приемлемого информирования в биоэтике (профессиональный критерий, критерий разумной личности и т. д.) свидетельствует об открытости проблемы информирования клиента, пациента и т. д. профессионалами – психологом, врачом, социальным работником и т. д.

Непростые этические вопросы могут возникнуть уже при определении целей психологического консультирования. Как подчеркивал Э. Фромм, человек, плохо приспособляющийся к социальной среде, не должен непременно рассматриваться как невротик. Как бы продолжая, конкретизируя эту мысль, Б. Карасу формулирует этическую дилемму психотерапевта, к которому обратился пациент с гомосексуальной ориентацией: или считать гетеросексуализм конечной целью коррекции поведения, или стремиться к тому, чтобы его жизнь как гомосексуалиста стала максимально содержательной.

Как отмечает Б.Г. Юдин, понятие здоровья имеет по крайней мере три измерения – здоровье как факт, здоровье как норма и здоровье как ценность. Нормативно-ценностный аспект особенно выражен в понятии «психическое здоровье». Согласно американскому «Руководству по диагностике и статистике психических заболеваний» (1968), гомосексуализм относился к патологии. А в 1973 г. на сессии Президиума АПА голосованием (13 – за, 2 – воздержались) было принято решение об исключении гомосексуализма из классификатора болезней, закрепив за ним новое определение «нарушения сексуальной ориентации». После того как одни газеты писали об этом с возмущением («Победа гомосексуалистов!»), а другие – с восторгом («Мы уже не больные!»), несогласные психиатры и практикующие психологи образовали «Группу протеста», собравшую 200 подписей с требованием проведения референдума среди профессионалов. Результаты референдума, который прошел в 1974 г. и в котором участвовали 10 тысяч дипломированных психиатров и психологов, таковы: 5854 (58 %) поддержали исключение гомосексуализма из числа болезней, 3810 остались при мнении, что это патология. После референдума «Комитет протеста» обвинил Президиум АПА в «сговоре с голубыми», однако Президиум АПА не рассматривал данное заявление, правда, одновременно приняв резолюцию: впредь научные проблемы никогда не решать голосованием. В действующей МКБ-10 говорится: «гомосексуальная ориентация не рассматривается в качестве расстройства».

Этические дилеммы, связанные с целями психологического консультирования, нередко возникают в силу противоречий между интересами клиента, семьи и общества. Б. Карасу приводит пример работы психотерапевта во время войны во Вьетнаме. Имея дело с военнослужащим, у которого были проблемы с психическим здоровьем, психотерапевт оказывался перед дилеммой: или с помощью лечения «вернуть его к безумию убийства и смерти», или избрать другую тактику и в результате дать заключение о наличии психического заболевания, тем самым способствуя демобилизации. С аналогичными проблемами сталкиваются отечественные психиатры, психотерапевты, работающие в составе «призывных комиссий» в военкоматах, а также при оказании профессиональной помощи военнослужащим из «горячих точек» и т. д.

Вопросы конфиденциальности в профессиональной деятельности практикующего, клинического, судебного психолога могут быть чрезвычайно острыми. Конфиденциальность есть условие доверительных отношений с клиентом. Откровенность клиента в общении с психологом – его (клиента) «кредит доверия». Умение психолога хранить (беречь, защищать) доверенные ему секреты личной жизни клиента является, во-первых, элементарной порядочностью (адекватным ответом на доверие), а во-вторых, защитой чести и достоинства, репутации, может быть, экономических интересов, социального статуса, а в конечном счете – автономии личности клиента. Особая значимость вопросов конфиденциальности при оказании психиатрической, психологической помощи пропорциональна стигматизирующей силе таких нозологических квалификаций, как «шизофрения», «транссексуализм» и др. Несоблюдение психо-

логом принципа конфиденциальности неизбежно подрывает его профессиональный авторитет в глазах клиентов и в обществе в целом.

Нередко следование принципу конфиденциальности в профессиональной деятельности практикующего психолога оборачивается трудноразрешимыми моральными дилеммами. Приведем (по Б. Карасу) ставший хрестоматийным случай Татьяны Тарасовой, которая была убита своим душевнобольным другом. Ранее этот последний признался психотерапевту, что намерен совершить убийство. Психотерапевт после консультации с коллегами поставил в известность полицию, которая арестовала пациента, но затем выпустила, не найдя достаточных оснований для содержания его под стражей. Ссылаясь на то, что психотерапевт нарушил профессиональную тайну, пациент прервал лечение и через два месяца убил свою подругу. Родители погибшей Т. Тарасовой привлекли психотерапевта к ответственности за то, что они не были проинформированы об опасности, угрожающей их дочери. В 1976 г. суд Калифорнии вынес обвинительный приговор психотерапевту. Склонность пациента к убийству или самоубийству, а также к правонарушениям сексуального, педофильского характера, как правило, является достаточным основанием для нарушения обета конфиденциальности. Очевидно, что общие этические правила, аналогичные вышеприведенному, не могут дать безошибочных решений, когда речь идет о моральных дилеммах. Например, если речь идет о потенциальных самоубийствах, необходимо информировать их родителей, супругов, других родственников. В то же время разглашение информации о возможном суициде само может подтолкнуть такого человека к самоубийству.

Профессиональная этика предписывает практикующему психологу не эксплуатировать влияния или доверия в общении с пациентом, воздерживаться от практики, переживая личностный кризис, находясь в состоянии алкогольного или наркотического опьянения. Этически неприемлемыми считаются любые встречи с клиентом за стенами кабинета (прогулки, совместные обеды и т. д.). Некоторые авторы считают нежелательным оказание психологических услуг, когда психотерапевт является одновременно учителем, знакомым, другом, родственником.

Профессиональная этика психотерапии запрещает интимные отношения с клиентом (пациентом). В США в некоторых штатах (Мичиган, Миннесота, Калифорния) за это предусмотрены юридические санкции. Как известно, на эту проблему обращали внимание еще Шарко, Брейер, Фрейд и др. Согласно американским данным за 1989 г., из всех совершавших злоупотребления такого рода психиатров – 33 %, психологов – 19 %, социальных работников – 13 %. Однако в общей медицинской выборке доля психиатров ниже, чем, например, хирургов или гинекологов. При сексуальных контактах, даже при возможном согласии клиента (пациента), его автономия и право на защищенность нарушаются, а цели психотерапии, как правило, деформируются. И даже когда речь идет о бывшем пациенте, психотерапевту лучше исповедовать правило: «Пациент – всегда пациент».

Современная профессиональная этика психологов уделяет много внимания вопросам оплаты психологических услуг. Во многих западных странах психотерапия включена в страховой полис, в некоторых из них страховка возмещает, допустим, 100 часов консультаций (как правило, достаточных для помощи в кризисной ситуации или для того, чтобы клиент сам мог решить – стоит ли ему пользоваться услугами психолога дольше, оплачивая эти услуги). Этический кодекс АПА рекомендует: «Как можно раньше в рамках установившихся отношений психолог и пациент приходят к соглашению об оплате за услуги. ... Психолог обычно воздерживается от принятия подарков, услуг или иных, не выраженных в денежном эквиваленте вознаграждений от пациентов в качестве оплаты за оказанные услуги, поскольку все это неизбежно создает условия для возникновения конфликтов, отношений эксплуатации и других нарушений профессиональных отношений».

Конечно, приведенная выше модель «экономической справедливости» («сначала деньги – потом психологическая помощь») рано или поздно приходит в противоречие с гуманистической миссией психотерапии как таковой. Имея в виду неплатежеспособных пациентов, рекомендуется: наряду с оплачиваемой практикой вести и бесплатный прием в приютах, при благотворительных фондах и т. д. В отдельных случаях при ограниченной платежеспособности клиента можно использовать компромиссные решения – льготная оплата услуг, меньшее, чем обычно, число консультаций и т. д.

Рекомендуемая литература

- Вересаев В.В. Записки врача. Соч. в 4 т. – Т. I. – М., 1985. – С. 210–444.
- Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы: Сборник официальных материалов / Под ред. В.Н. Уранова. – М., 1995.
- Гиппократ. Избранные книги. – М., 1994. – С. 87–130.
- Гусейнов А.А. О прикладной этике вообще и эвтаназии в частности // Философские науки. – 1990. – № 6. – С. 80–84.
- Иванюшкин А.Я. Рыцарь врачебной этики (В.А. Манассеин) // Медицинское право и этика. – 2001. – № 2. – С. 49–59.
- Интимная связь между врачом и больным в медицинской практике // JAMA. – 1992. – Апрель. – С. 21–25.
- Карасу Т.Б. Этические аспекты психотерапии // Этика психиатрии. – Киев, 1998. – С. 107–129.
- Коновалова Л.В. Прикладная этика (по материалам западной литературы). Выпуск 1. Биоэтика и экоэтика. – М., 1998.
- Майленова Ф. Выбор и ответственность в психологическом консультировании. – М., 2002.
- Медицина и права человека. – М., 1992.
- Мудров М.Я. Слово о способе учить и учиться медицине практической или деятельному врачебному искусству при постелях больных // Хрестоматия по истории медицины. – М., 1968. – С. 79–94.
- Петров Н.Н. Вопросы хирургической деонтологии. – Л., 1956.
- Семашко Н.А. О врачебной тайне // Бюллетень НКЗ. – 1925. – № 11.
- Стоун И. Страсти ума, или Жизнь Фрейда. – М., 1994.
- Тюйе П. Гомосексуализм в зеркале психиатрии. – Пол, секс, человек. – М., 1993. – С. 108–115.
- Юдин Б.Г. Здоровье человека как проблема гуманитарного знания // Философия здоровья. – М., 2001. – С. 61–85.

В.В. Вандыш-Бубко,
профессор, доктор медицинских наук
Ограниченная вменяемость: принципы
судебно-психиатрической оценки

Современный Уголовный кодекс РФ (УК РФ) впервые законодательно закрепил в стране особый подход к уголовной ответственности обвиняемых, страдающих таким психическим расстройством, которое не исключает вменяемости, однако учитывается при судебном разбирательстве. В истории права и судебной психиатрии соответствующая норма получила известность под названием ограниченной (уменьшенной, частичной) вменяемости. В ст. 22 УК РФ «Уголовная ответственность лиц с психическим расстройством, не исключающим вменяемости» она оговорена следующим образом:

1. Вменяемое лицо, которое во время совершения преступления в силу психического расстройства не могло в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, подлежит уголовной ответственности.

2. Психическое расстройство, не исключающее вменяемости, учитывается судом при назначении наказания и может служить основанием для назначения принудительных мер медицинского характера.

Поскольку в данной статье речь идет об экспертизе лица, страдающего психическим расстройством, вынесение соответствующего экспертного решения («...не могло в полной мере...») является компетенцией эксперта-психиатра. Вместе с тем специфика ограниченной вменяемости состоит в том, что в этом случае: а) речь идет о принципиально вменяемом субъекте; б) оценивается такое психическое расстройство, которое *ограничивает*, но не лишает субъекта способности к произвольной регуляции своего поведения. Поэтому нетрудно себе представить, что при оценке подобной *степени, меры* ограничения особое значение имеют те исследовательские возможности, которыми располагает психолог-эксперт. Организация такого комплексного подхода, сотрудничества эксперта-психиатра и эксперта-психолога имеет свою специфику и порождает определенные проблемы. Осознание этих проблем, выработка путей их рационального преодоления способствуют повышению эффективности применения нормы ст. 22 УК РФ в повседневной экспертной работе.

Норма ограниченной вменяемости является, как утверждают специалисты, весьма дискуссионной и неоднозначной, поэтому на всех этапах ее становления были как противники, так и сторонники нормы. Одно из наиболее исчерпывающих ее толкований дается Ю.М. Антоным и С.В. Бородиным.

Авторами прежде всего обращается внимание на тот факт, что ограниченная вменяемость как правовая норма возникла как бы вторично, вслед за категорией невменяемости, после того как психиатры и юристы на практике столкнулись с ситуацией, когда в рамках дихотомического подхода (признание обвиняемого *только вменяемым* либо *невменяемым*) не удавалось адекватно решить экспертные вопросы.

Это обстоятельство в конечном счете и способствовало тому, что уже в 40-е годы XIX века в законодательстве ряда европейских стран (прежде всего германских государств) появилась норма уменьшенной вменяемости. В числе факторов, которые могут ее обуславливать, назывались слабоумие, недостаточное развитие, старческая дряхлость, опьянение, «нравственная оскверность», последствия неправильного воспитания.

Основная правовая трактовка применения такой нормы состояла в уменьшении наказания подсудимого, признанного уменьшенно вменяемым. Подобный же подход – признание

уменьшенной вменяемости, предусматривающей смягчение наказания, – был заложен в законодательство и других стран (Швеция, Дания, Финляндия).

Хотя в российском уголовном законодательстве того периода нормы уменьшенной вменяемости не было, тем не менее в числе обстоятельств, уменьшающих вину, учитывалось совершение преступления «...по легкомыслию или же слабоумию, глупости и крайнему невежеству...».

Таким образом, основная идея подхода, который был сформирован под влиянием *классической* школы уголовного права, состоит в *признании связи вменяемости и вины*: субъект, страдающий психическим расстройством, ограничивающим свободу воли преступника, несет на себе меньше субъективной вины, соответственно должен нести и меньшее наказание. Сторонники уменьшенной вменяемости (представители классической школы права) исходили из того, что наказывается преступник, совершивший *конкретное* преступление, которое, в свою очередь, не обязательно доказывает антисоциальность субъекта; наказание за него должно быть соразмерным.

Противники же категории ограниченной вменяемости, среди которых могут быть названы и такие известные отечественные психиатры, как В.Х. Кандинский, В.П. Сербский, аргументировали свою позицию двумя возражениями.

Первое, и основное, из них сводилось к тому, что, по мнению упомянутых и других специалистов, оперирование категорией ограниченной вменяемости предполагает выход судебным психиатром, который принимает такое решение, за пределы своей профессиональной компетенции. Судебный психиатр как бы присваивает себе функции судьи, так как выносит суждение о степени вины подэкспертного, что является предпосылкой назначения наказания.

Кроме того, противники ограниченной вменяемости обращали внимание и на такое методическое обстоятельство, как субъективный характер критериев оценки психических расстройств, используемых в судебной психиатрии. Это затрудняет обоснование экспертных выводов, препятствует достижению их доказательности.

При введении же дополнительной более частной категории (уменьшенная вменяемость) эти критерии, по мнению противников ограниченной вменяемости, могут вообще утратить свою диагностическую значимость.

Сторонники ограниченной вменяемости в качестве основного аргумента приводили, в свою очередь, объективное существование такой категории психических расстройств, которая является как бы промежуточной между «белым» и «черным» (между вменяемостью и невменяемостью) и которая должна предполагать также самостоятельную клиническую и юридическую их трактовку.

Достаточно показательно подобные методические проблемы проявились в практике отечественной судебной психиатрии в период до введения в законодательство нормы ограниченной вменяемости. Кстати, в нашей стране в 1920-е, реже – в первой половине 1930-х годов, по существу, ограниченно вменяемыми («уменьшенно» – по терминологии того времени) признавались до трети от общего числа освидетельствованных, хотя в те годы такая норма и отсутствовала. В большинстве этих случаев речь шла о лицах, страдающих психопатией. Позже эта практика была признана порочной, как «уловка для преступников». Обращалось, кроме того, внимание на возможность экспертных ошибок, вероятность проблем содержания в местах лишения свободы уменьшенно вменяемых психопатов и т. п. В дальнейшем, до принятия последнего УК РФ, дискуссии о теоретических предпосылках и практической целесообразности уменьшенной вменяемости в отечественной юриспруденции и судебной психиатрии продолжались при негативном тем не менее отношении к этой норме в целом.

Вместе с тем в повседневной экспертной практике всегда существовала достаточно большая группа лиц, обнаруживающих психические расстройства, которые в судебной психиатрии составляли категорию случаев, «пограничных» в экспертном отношении. При упомяну-

том дихотомическом подходе «только вменяем» либо «только невменяем» экспертное решение в этих случаях принималось по принципу «предпочтительности» в пользу одного решения с игнорированием другого, в такой же степени тем не менее вероятного. Понятно, что в подобных экспертных ситуациях выводы о вменяемости (либо невменяемости), как правило, были недостаточно убедительны. Во всяком случае, их легко можно было оспорить в судебном заседании; следовательно, такие решения всегда были чреваты назначением повторных экспертиз.

Кроме того, а это главное, при подобном «предпочтительном» подходе (в пользу одного решения с игнорированием другого) всегда высока вероятность экспертных ошибок.

Таким образом, речь идет об обвиняемых с определенной по выраженности психической патологией, которая по своей сути недостаточна, чтобы соответствовать критериям невменяемости, но одновременно не может быть проигнорирована. Во всяком случае, она очевидно (как для экспертов, так и для судей) влияет на поведение субъекта в момент совершения им правонарушения и потому требует отдельной оценки – правовой трактовки, объяснения мотивации содеянного.

Кроме толкования ограниченной вменяемости упомянутой *классической* школой уголовного права, исторический интерес представляют и два иных направления.

Социологическая школа уголовного права, как считается, абсолютизировала факторы, порождающие преступность, – факторы окружающей среды, установки субъекта. Соответственно представители этой школы понимали норму уменьшенной вменяемости как один из инструментов борьбы с антисоциальными инстинктами и наклонностями преступника – его «опасного состояния», склонности (даже зависимости) к совершению правонарушения у лиц при определенной психической патологии.

Отсюда основная идея уменьшенной вменяемости представителей этой школы состояла в использовании мер воздействия на преступника – это особые условия содержания, неопределенные приговоры (без срока, определенного судом), возможность продления срока наказания после его окончания на основании того, что субъект остается социально опасным, вплоть до пожизненного. Близкими к социологическим оказались и идеи *антропологической* школы уголовного права, сторонники которой исповедовали идею о врожденном преступнике, преступление которого есть результат биологических факторов, в том числе и болезни.

Те или иные положения социологической и антропологической школ имеют значение и на современном этапе развития судебной психиатрии. Прежде всего речь идет о постоянно актуальной проблеме – поиске зависимости противоправного поведения от характера имеющихся у обвиняемого психических расстройств. При ограниченной вменяемости в современном уголовном отечественном праве установки социологической школы по-своему отражаются в положении ст. 22 УК РФ, предусматривающем возможность назначения мер медицинского характера вменяемым лицам.

При обобщении семилетней (1997–2003 гг.) практики применения нормы ограниченной вменяемости в отечественной судебной психиатрии обращают на себя внимание несколько важных обстоятельств.

Первое из них – несформированность практики применения ст. 22 УК РФ. Это тем более показательно, что актуальность и обоснованность нормы ограниченной вменяемости к моменту ее введения (1997 г.) и в настоящее время не подвергались и не подвергаются сомнению.

Указанная несформированность опыта правоприменения нормы иллюстрируется динамикой показателей удельного веса лиц, признаваемых ограниченно вменяемыми.

Обращает на себя внимание прежде всего неравномерность показателей, характеризующих практику применения ст. 22 УК РФ различными экспертными комиссиями страны. Так, по данным А.Р. Мохонько, в 1999 г. (третий год введения нормы ограниченной вменяемости) в работе экспертных комиссий отдельных территорий ст. 22 УК РФ была использована

весьма часто – у каждого четвертого вменяемого лица. Этот показатель практически соответствует таковому в 20-е годы прошлого столетия, характеризовавшиеся расширительной, как уже было сказано, практикой применения данной нормы. Одновременно в 20 % территорий страны вопрос о применении ст. 22 УК РФ в работе экспертных комиссий вообще не поднимался, а в 30 % – решение об ограниченной вменяемости принималось в единичных случаях.

При сопоставлении этих данных с аналогичными показателями за 2000 г. можно отметить некоторое «сглаживание» различий в применении нормы ограниченной вменяемости по регионам России. Только в трех (из 78) территориях этот показатель в 2000 г. остался на уровне 10 % и выше, в трех – вопрос о применении ст. 22 в указанный период не ставился вообще, в работе 20 % экспертных комиссий данное решение было принято менее чем в 1 % случаев. В целом же в 2000 г. ограниченно вменяемыми были признаны 2,5 % обследованных.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.