

ПОДХОДЫ К РАСПОЗНАВАНИЮ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ЧЕЛОВЕКА

Козьмодемьянова М.

Екатеринбург, РГПШУ, гр. ПВД 311

Руководитель: к.м.н., доцент В.Г. Куликов

Психиатрия отрасль клинической медицины, изучающая психические расстройства через призму методологии медицины, методы их диагностики, профилактики и лечения, а также учение о распознавании психических болезней. По мнению ряда современных авторов, это определение «содержит самые существенные признаки этой медицинской дисциплины», «точно формулирует стоящие перед психиатрией задачи», если учесть, что: распознавание означает не только диагностику, но и исследование этиологии, патогенеза, течения и исхода психических расстройств.

Целью нашей НИРС явилась попытка создания художественного образа психически больного человека с социально опасным диагнозом.

Клиника маниакально-депрессивного психоза.

Маниакально-депрессивный психоз (циркулярный психоз, циклофрения, циклотимия) проявляется в типичных случаях периодически возникающими маниакальными и депрессивными фазами. Длительность фаз различна и составляет от нескольких недель до нескольких лет, средняя составляет три – шесть месяцев. Приступы заболевания обычно разделены периодами полного психического здоровья (интермиссии). Причина этого психоза остается до сих пор невыясненной, однако в 80% случаев выявляется наследственная отягощенность данными, а также другими психическими заболеваниями [1].

Маниакальная фаза проявляется тремя основными клиническими признаками: 1) повышенным, радостным настроением; 2) ускорением интеллектуальных процессов; 3) речевым и двигательным возбуждением. Эти симптомы в типичных случаях определяют состояние больного в

течение всей маниакальной фазы. Маниакальное возбуждение отличается ярко выраженным

повышенным настроением, возникающим без видимой причины. Все окружающее рисуется больному в привлекательных красках, внимание не задерживается подолгу на неприятных событиях, имеющих даже непосредственное отношение к больному. Больные не считаются с настроением окружающих и поэтому нередко становятся бестактными, назойливыми; повышенное настроение и снижение критики сопровождаются переоценкой собственной личности. Идеи величия обычно сводятся к напоминающим хвастовство несистематизированным и меняющимся по содержанию утверждениям о каком-либо своем таланте, остроумии, внешней привлекательности, большой физической силе и т.д. Может появиться улучшение памяти на прошлое, сопровождающееся нарушением запоминания. В таком состоянии больные нередко дают необоснованные и невыполнимые обещания, совершают хищения, растраты для удовлетворения возникающих многочисленных желаний. Маниакальное состояние сопровождается также расторможением и усилением влечений (пищевое, сексуальное). Особое значение имеет сексуальное возбуждение, проявляющееся в половой распущенности. Сексуальная расторможенность усиливается при приеме алкоголя. По выраженности маниакального синдрома различают: легкое (гипоманиакальное) состояние, описанное выше выраженное маниакальное состояние и резкое маниакальное возбуждение (неистовство), при котором может развиваться состояние спутанности, сопровождающееся агрессивными, разрушительными действиями, направленными на все окружающее [2].

Депрессивная (меланхолическая) фаза как бы противоположна маниакальной фазе. По клиническим проявлениям она характеризуется пониженным, тоскливым настроением, замедленностью интеллектуальных процессов и психомоторной заторможенностью. Тоска может стать безысходной, сопровождаться субъективными ощущениями безразличия к

здоровью и судьбе своих близких, что больные особенно тяжело переживают, терзаясь мыслями о собственной черствости, бездушии. Для депрессивной фазы характерны бредовые идеи самообвинения, самоуничтожения, греховности, содержание которых может определяться сверхценным отношением к незначительным проступкам в прошлом. Больные нередко совершают попытки самоубийства, которые для окружающих тем более неожиданны, чем менее выражено клинически депрессивное состояние больного и чем более тщательно диссимилируются суицидальные мысли и намерения. Психомоторная заторможенность может иногда неожиданно прерываться меланхолическим неистовством, которое проявляется в резком возбуждении со стремлением нанести себе повреждения: больные пытаются выброситься из окна, бьются головой о стену, царапают и кусают себя. Отмечаются также замедленное течение мысли, представлений, трудности в оценке и понимании событий и явлений. Депрессивные явления сочетаются с соматовегетативными нарушениями, запорами, сухостью слизистых, расстройством аппетита и т.д.

Смешанные состояния часто встречаются в клинике маниакально-депрессивного психоза. Они характеризуются определенным сочетанием у одного больного маниакальных и депрессивных черт и возникают чаще при переходе одной фазы в другую. В зависимости от сочетания компонентов различных фаз выделяют заторможенную, непродуктивную манию, маниакальный ступор и т.д. [3]

Судебно-психиатрическая оценка. Маниакально-депрессивный психоз часто представляет сложности в плане судебно-психиатрической оценки, так как судебно-психиатрическим экспертам приходится определять степень имеющихся у больного аффективных (эмоциональных) расстройств. В случае наличия у больного в период, относящийся к инкриминируемому ему деянию, обострения заболевания с развитием психотического приступа (как депрессивного, так и маниакального) теряется способность адекватно

оценивать свое психическое состояние и сложившуюся ситуацию, критически

осмысливать суть и последствия своих действий, руководить своим поведением в целом. В связи с повышенной в таких состояниях сексуальной возбудимостью данные лица могут совершать развратные действия и изнасилования. Наряду с этим возможно возникновение перверсий (эксгибиционизм, гомосексуальные тенденции и т.д.), которые были не свойственны больным ранее и которые исчезают вместе с приступом болезни. Общественно опасные деяния, совершенные во время психотического приступа, влекут невменяемость. При менее выраженном маниакальном состоянии (например, при циклотимии) больные могут заключать противозаконные сделки, совершают растраты, нарушают трудовую дисциплину. Они чаще попадают на судеб-но-психиатрическую экспертизу в качестве потерпевших[4].

Образ серийных убийц.

В процессе работы над научным эссе по созданию художественного образа серийного убийцы был выбран условный серийный убийца – преступник, который совершает более 3-х убийств за более, чем 30 дней, с периодами эмоционального охлаждения, причем мотивация убийств чаще всего базируется на достижении психологического удовлетворения убийцей. На основе литературных данных рассмотрено "сексуальное убийство" (убийство на сексуальной почве). К такому действию относят противоправное лишение жизни, связанное с сексуальными переживаниями или мотивами, в том числе при расстройствах влечения; при этом сексуальными убийствами являются и те, которые не сопровождаются сексуальными действиями, но по своему содержанию и субъективному смыслу связаны с половой жизнью виновного.

Специфика серийных сексуальных убийств:

- 1) число жертв – не менее двух;

- 2) жертвами становятся подростки и дети обоего пола, взрослые женщины;
- 3) большинство убийств совершается с особой жестокостью;
- 4) все убийства связаны с сексуальными переживаниями;
- 5) в большинстве случаев жертва специально не выбирается, нападение часто совершается и на случайно подвернувшихся лиц;
- 6) убийства совершаются с разной периодичностью различными способами и орудиями;
- 7) иногда сексуальные убийства сопровождаются актами каннибализма;
- 8) все серийные сексуальные убийства совершаются в условиях неочевидности.

Механизмы серийных убийств наглядно проявляются особенности действий преступника. Существенным фактором для объединения таких убийств в «серию» становятся так называемая «подпись» - один из элементов преступного «почерка», т.е. то, что преступник делает сверх необходимого для убийства. Жертвы могут меняться, а подпись нет. Еще одной особенностью является выбор места преступления. Несмотря на то, что место совершения преступления является как бы произвольным, заданным самим маршрутом жертвы, следует отметить, что в сознании преступника место преступления и требования к нему бывают выбраны заранее. Предпочитаемые места преступления и прилегающие территории определяются по следующим критериям:

- ограниченность пространства (открытое пространство или помещение);
- вероятность предполагаемой жертвы оказаться именно в этом месте в одиночку;
- присутствие самого преступника в этом месте не должно вызывать подозрений;
- освещенность;

- время;
- расстояние до жилых домов;
- степень удаленности от путей следования жителей (посещаемое место или нет);
- расстояние до ближайшей пешеходной дорожки, дороги.

Эти условия индивидуальны и, как правило, остаются неизменными. Наиболее стабильной характеристикой места преступления является определение «открытое (парки, лесопарки) - закрытое (лифты, подвалы и т.п.)» пространство, которое имеет для преступника принципиальное значение и сохраняется с поразительным постоянством. В условиях города для нападения с целью изнасилования или убийства по сексуальным мотивам наиболее часто выбираются (в порядке убывания) : лифты многоэтажных домов, чердаки, подвалы, подъезды, черные лестницы, лестничные площадки, скверы, лесополосы, строящиеся или заброшенные здания. На выбор времени суток совершения преступления влияет вероятность появления жертвы в месте, подходящем для нападения. На периодичность совершения преступлений влияют характер и уровень нереализованных потребностей преступника, что в свою очередь зависит от погодных условий, времени года, фазы Луны, режима работы, учебы и т.д. Обобщенные данные показывают, что нападения с целью изнасилования (и убийства, в случае серийного сексуального убийцы) в крупных городах совершаются преимущественно в 11, 14, 19 часов и 22 часа.

Проведенный анализ показал, что серийные сексуальные убийцы обладают рядом сходных личностных черт или особенностей. Указанные лица характеризуются внутренней напряженностью, тревожностью, ригидностью (застываемостью аффективных переживаний), подозрительностью, злопамятностью, высоким уровнем агрессивности. Наличие аффективных установок, проявления нетерпимости, враждебности не позволяют им изменить стереотип поведения, обуславливают нарушения социального взаимодействия, плохую социальную приспособляемость.

Серийных сексуальных убийц отличает бессознательное стремление к психологической дистанции между собой и окружающим миром, уход в себя. Для серийных сексуальных убийц свойственна замкнутость и ограничение контактов с окружающими и конфликтность. Хотя очень часто в литературе отмечается, что многие, в последствии оказавшиеся маньяками, характеризовались соседями и родными как дружелюбные, приветливые, добропорядочные люди. «Маска нормальности». Многие серийные убийцы (в основном относящиеся к организованному несоциальному типу) могут вести двойную жизнь долгое время, причем вполне успешно. Окружающим они могут казаться интеллигентными, образованными, законопослушными гражданами, но в реальности дело может обстоять совсем по-другому. Данный феномен получил название «маска нормальности», и анализ этого термина определяет его как искусственное поведение, которое направлено на соответствие общепринятым в обществе нормативам. Хорошо выраженная «маска нормальности». Представители этого вида серийных убийц хорошо адаптированы в социуме, они могут иметь хорошую работу, семью, в которой их считают прекрасными отцами и супругами. Часто имеют высшее образование, однако могут быть ранее судимы, но в основном за хищения. Сексуальные маньяки действуют медленно, иногда методично, они заранее обдумывают то, что они будут делать, планируют свои действия, готовятся к ним, заматают следы, и, самое главное, они упиваются теми мучениями, страданиями, которые испытывают их жертвы. Есть еще одна объединительная черта лиц, совершающих серийные сексуальные убийства, это то, что практически все они являются сексуальными неудачниками. И в сознании каждого маньяка власть, ненависть, подавление, убийство и секс связаны неразрывно.

Мотивы серийных сексуальных убийств

Можно выделить следующие мотивы антисоциальной деятельности: мотивы самоутверждения, защитные, замещающие, игровые мотивы, мотивы самооправдания. По мнению многих специалистов в данной области, в

генезисе преступной деятельности сексуального убийцы одно из ведущих мест занимают мотивы самоутверждения. Жестокость в структуре преступного поведения убийцы выступает именно в качестве средства его самоутверждения.

Уничтожая другого, пытаясь буквальным образом втоптать его в землю или сжечь, преступник стремится компенсировать все те страдания, а подчас и унижения, которым ему, по его субъективным ощущениям, пришлось подвергаться ранее». Одним из основных составляющих сексуального убийства является акт сексуального насилия над жертвой. Как правило, у них нарушена аутоидентификация с мужской ролью при мощном напряжении сексуальной потребности, фиксации на половых отношениях, сводящихся лишь к половым актам вне нравственно-психологической близости. Одним из ведущих факторов являются особенности семейного воспитания. Это дисгармоничность семей, в которых выросли сексуальные преступники. Прежде всего, это вариант, когда мать, властная, жестокая женщина, подавляет безвольного отца (первая особенность).

Таким образом, создавая собственную семью, сексуальные убийцы часто психологически воссоздают свою раннюю семейную ситуацию, образно говоря, занимают место отца и выбирают в качестве жены женщину, похожую по своим психологическим чертам и поведению на мать». Еще одной особенностью семейного воспитания выделяют то, что будущие серийники растут в ситуации эмоционального отчуждения со стороны родителей. В тех же случаях, когда преступники вырастают во внешне благополучных семьях, отмечено, что родители часто уделяют много внимания интеллектуальному и физическому развитию ребенка, оставляя без внимания эмоциональную сферу.

Умение создать образ преступника позволяет распознать его и выявить преступный умысел. Распознавание является основным приёмом психиатрии, поэтому именно ему уделяется пристальное внимание при изучении этого предмета. Многие психические расстройства скрываются больными за

«маской приличия», что затрудняет их диагностику. В связи с этим каждый специалист в области психиатрии должен иметь навыки художественного творчества и мастерства.

Литература:

1. Березанцев А.Ю. Судебная психиатрия. – М.: Юрайт, 2013. – 672 с.
2. Клименко Т.В. Судебная психиатрия. – М.: Юрайт, 2012. – 480 с.
3. Назаренко Г.В. Принудительные меры медицинского характера. – М.: Флинта, МПСИ, 2008. – 144 с.
4. Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Дворянчиков Н.В. Судебная сексология. – М.: Медицина, 2001. – 560 с.