

6. Исаева, Е. Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни / Е. Р. Исаева. - СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2009.- 136 с.

ПРОБЛЕМА ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛИЦ С ДИССОЦИАЛЬНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ

Семенов В.Н.

УО «Белорусский государственный университет»

Среди специалистов в области психического здоровья преобладает пессимистический взгляд на возможность терапии пациентов с расстройством личности (далее – РЛ) [1, 2, 3, 4, 5, 6]. Число сторонников пессимистического подхода резко возрастает, когда речь заходит о перспективах лечения лиц с диссоциальным расстройством личности (далее – ДРЛ).

Пессимистическое отношение к пациентам с ДРЛ базируется на их резистентности к терапевтическим воздействиям. Условия, препятствующие эффективному лечению этого типа РЛ, разделяют на субъективные и объективные [1, 2, 3, 6]. В структуру субъективных условий входят такие патопсихологические характеристики лиц с ДРЛ, как низкая эмоциональная реактивность (неспособность испытывать тревогу в проблемных ситуациях), лживость (невозможность собрать достоверные анамнестические сведения), наличие выраженных негативных эмоциональных переживаний, эгосинтонность (отсутствие осознания болезненности собственных проявлений), отсутствие или недостаточная готовность к сотрудничеству, выраженный поиск новизны (неспособность длительно находиться в терапевтическом процессе), дефицит способности к интеграции жизненного опыта. Объективные условия связаны с недостаточным пониманием предикторов развития ДРЛ, отсутствием лекарственных препаратов, способных влиять на дезадаптивные личностные свойства, и высокой летальностью, наблюдаемой у этой категории пациентов.

Однако не всеми исследователями разделяются пессимистические убеждения в отношении лечения пациентов с РЛ, включая ДРЛ [1, 2, 5, 7]. Признавая ограниченные

возможности медикаментозной терапии РЛ, Каплан, Б.Дж. Сэдок, А.Б. Смулевич, Дж.Х. Стоун, G. Maier считают ее достаточно эффективным средством при лечении динамических сдвигов и коморбидных расстройств, наблюдаемых у таких пациентов [1, 2, 5, 7]. G. Maier сообщает о хорошем терапевтическом эффекте применения карбамазепина для снижения уровня агрессивности у пациентов с ДРЛ [5]. Из сказанного следует, что основной мишенью медикаментозной терапии являются лишь сопутствующие многим РЛ психические расстройства, патодинамические реакции и состояния. Обязательные патопсихологические свойства ДРЛ оказываются недоступными для фармакотерапии и поэтому требуют использования психотерапевтических методов.

При отсутствии убедительных доказательств эффективности того или иного метода психотерапии в литературе, посвященной этим вопросам, можно встретить единичные сообщения о положительных результатах использования групповой (группы самопомощи), религиозно-экзистенциальной и когнитивно-бихевиоральной психотерапии при лечении пациентов с ДРЛ [7, 8, 9, 10]. Так, А. Век и А. Фреман считают, что когнитивно-бихевиоральная психотерапия является эффективной лишь при лечении пациентов с ДРЛ, находящихся в депрессивном состоянии [8]. W. Martens говорит о возможности использования религиозно-экзистенциального подхода и юмора в терапевтических программах для лиц с ДРЛ [9, 10]. Религиозно-экзистенциальная психотерапия помогает пациентам с ДРЛ развить духовную сущность, являющуюся фактором снижающим риск антисоциального поведения. Юмор как психотерапевтический прием способствует установлению контакта с такими пациентами и развитию у них способности к децентрации, сочувствию и трансформации деструктивных тенденций.

Резистентность пациентов с ДРЛ к традиционным методам терапии представляет серьезную проблему при необходимости применения к ним принудительных мер безопасности и лечения. В результате правовое предупреждение возможности совершения лицами с ДРЛ новых преступлений носит лишь временный характер и достигается путем изоляции таких субъектов в стенах

медицинского учреждения. Согласно В.Г. Булыгиной и др., основными целями осуществления принудительного лечения в медицинском учреждении являются устранение тех проявлений психического расстройства, которые явились условием совершения правонарушения, и формирование ресурсов, препятствующих совершению новых преступлений [11]. Ограниченные возможности медикаментозной и психотерапевтической помощи препятствуют достижению основных целей принудительного лечения в отношении лиц с ДРЛ и, по данным G. Maier, влияют на высокий уровень наблюдаемой у них криминальной рецидивности [5]. При таком положении дел пациенты с ДРЛ, по верному замечанию Н. Cleckley, оказываются изгоями в психиатрических больницах [12]. Невозможность реализации целей принудительного лечения лишает целесообразности применение к преступникам с ДРЛ принудительных мер медицинского характера и частично объясняет общемировую тенденцию к их инкульпированию. Так, в судебно-психиатрической практике Республики Беларусь в период с 2004 по 2010гг. в трех структурных подразделениях Государственной службы медицинских судебных экспертиз ДРЛ было диагностировано у 598 исследуемых. При этом все исследуемые с ДРЛ были признаны вменяемыми в отношении инкриминируемого им деликта.

Дополнительной проблемой принудительного лечения лиц с ДРЛ является эмпирический характер критериев, определяющих его тип (амбулаторное лечение и наблюдение, лечение в больнице с обычным, усиленным и строгим наблюдением) [11, 13]. На сегодняшний день в качестве таких критериев выступают степень выраженности психических расстройств, которые привели к совершению криминальных действий, риск совершения нового преступления и степень тяжести текущего деликта [11, 13]. По мнению Г.И.Каплан, Б Дж. Сэдок, А. Wateman и Р. Тугег, наиболее предпочтительным и эффективным для этой группы пациентов является лечение в условиях стационара [4, 6, 7]. Учитывая патохарактерологические особенности лиц с ДРЛ, высокую рецидивность совершаемых ими правонарушений, выбор принудительного режима наблюдения и лечения должен осуществляться между усиленным

и строгим. Последующий надлежащий надзор за пациентами с ДРЛ после их выписки из больницы может служить дополнительным профилактическим средством, снижающим вероятность криминального рецидива.

Таким образом, поиск и разработка эффективных форм лечения для категории пациентов с ДРЛ и иными РЛ является одной из актуальных задач, стоящих перед специалистами в области психического здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Смулевич, А.Б. Психопатология личности и коморбидных расстройств: учебн. пособие / А.Б. Смулевич. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 208 с.
2. Стоун, Дж.Х. Основы судебной психиатрии: учебник Фолка / Дж.Х. Стоун / Пер. с англ. С. Полубинская. - К.: Сфера, 2008. - 340 с.
3. Джекобсон, Дж.Л. Секреты психиатрии / Дж.Л. Джекобсон, А.М. Джекобсон / Пер. с англ. Е.Г. Гальцев, И.В. Сумароков / Под общ. ред. П.И. Сидорова. - М. : МЕДпресс-информ, 2007. - 576 с.
4. Bateman, A.W. Services for personality disorder: organisation for inclusion / A.W. Bateman, P. Tyrer // *Advances in Psychiatric Treatment*. – 2004. – Vol. 10, №. 6. – P. 425-433.
5. Maier, G.J. The aggressive patient/inmate: beyond denial / G.J. Maier // *Psychiatric quarterly*. – 1999. - Vol. 70, №. 3. – P. 199 – 208.
6. Tyrer, P. Drug treatment of personality disorder / P. Tyrer // *Psychiatric Bulletin*. – 1998. – Vol. 22, №. 4. – P. 242-244.
7. Каплан, Г.И. Клиническая психиатрия: из синопсиса по психиатрии / Г.И.Каплан, Б. Дж. Сэдок; под ред. Т.Б.Дмитриевой / Пер. с англ. Р.Г. Акжигитов, В.В. Золотухин. – М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. - 602 с.
8. Когнитивная психотерапия личностных расстройств / А. Бек, А. Фримен; под ред. А. Бека, А. Фримена / Пер. с англ. С. Комаров. – СПб.: Питер, 2002. – 544 с.
9. Martens, W.H.J. Spiritual Psychotherapy for Antisocial and Psychopathic Personalities: Some Theoretical Building Blocks / W.H.J. Martens // *Journal of Contemporary Psychotherapy*. – 2003. – Vol. 33, №. 3. – P. 205-218.
10. Martens, W.H.J. Therapeutic Use of Humor in Antisocial Personalities / W.H.J. Martens // *Journal of Contemporary Psychotherapy*. – 2004. – Vol. 34, №. 4. – P. 351-361.
11. Психодиагностические методы исследования в практике принудительного лечения психически больных: руководство для врачей / В.Г. Булыгина [и др.]; под ред. В.Г. Булыгиной. – М.: ФГУ ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2010. – 302 с.

12. Cleckley, H.M. The Mask of Sanity / H.M. Cleckley. – St. Louis: C.V. Mosby Co., 1976. 469 p.
13. Уголовный кодекс Республики Беларусь. – Мн.: Национальный центр правовой информации Республики Беларусь, 2003. – 232 с.

СПЕЦИФИКА СУДЕБНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ МАТЕРИ, ОБВИНЯЕМОЙ В УБИЙСТВЕ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

Семенов В.Н.

УО «Белорусский государственный университет»

Существование феномена «нежелательной беременности», сопряженность состояния беременности и родов с воздействием психотравмирующих факторов и риском совершения криминальных агрессивных действий в отношении новорожденного ребенка явились основанием для появления в уголовном законодательстве Республики Беларусь (далее - РБ) особой юридической нормы (ст. 140), выделяющей специфический состав преступления и позволяющей рассматривать эти обстоятельства в качестве смягчающих при назначении наказания [1]. Одновременно с этим возникла потребность в применении специальных знаний в области судебной психологии для оценки психического состояния матери-детоубийцы, которая трансформировалась в один из предметных видов комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы (далее - КСППЭ) [2].

В целях лучшего понимания актуальных тенденций, сложившихся в сфере применения специальных знаний психологов, при проведении КСППЭ матерям-детоубийцам были проанализированы заключения экспертов по таким уголовным делам, выполненные в период с 2008 по 2012гг. в областных судебно-психиатрических подразделениях и управлении судебно-психиатрических экспертиз Государственной службы