

## ЭПИЛЕПСИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ОБЩЕСТВЕННО-ОПАСНЫХ ДЕЯНИЙ

Исправительное учреждение «Тюрьма № 4» УДИН МВД по Могилёвской области,  
УО «Могилёвский государственный университет им. А. А. Кулешова»,  
РНПЦ психического здоровья МЗ Республики Беларусь

---

Представлены сведения об особенностях протекания психических процессов у больных эпилепсией, которые определяют возможность совершения ими противоправных действий. Грубые нарушения психической деятельности в момент припадка в виде искажения восприятия внешнего мира и автоматизированности действий, особенности характера больных в виде злобности и болезненного эмоционального реагирования, личностные изменения в связи с прогрессированием болезни создают условия для дезорганизации поведения и возникновения криминальных событий применительно к правоохранительной практике. По данным судебно-психиатрической экспертизы возможность реализации социально-опасного поведения у больных эпилепсией связана с особенностями нарушения их психических функций. В статье рассмотрены признаки эпилептического процесса, способствующие противоправному поведению. Обращено внимание на необходимость профилактики преступных действий со стороны больных эпилепсией. Представленная статья имеет полезную практическую направленность.

**Ключевые слова:** право, эпилепсия, экспертиза, общественно-опасное деяние.

V. I. Petrov, N. V. Panteleeva, A. A. Kralko

## EPILEPSIA AS A FACTOR TO APPEARANCE OF SOCIAL-DANGEROUS ACTIONES

The data about the features of course mental processes at patients with epilepsy, which will defining the possibility of committing by them against law actes are presented..The coarse disorderes mental activity in the time of paroxysm in the view of distortion the perception of the outward world and automatic actiones, the features of character of the patients in the view of malice and the disease emotion reactes, the personal changes in the connection with progressing of the disease are creating the conditiones for the breaches of behaviour and to appearance of criminal events using in law guard practice. On the data of justice-psychiatrical expertise the possibility of manifestation social-danger behaviour in the vew of social-danger actes the patients with epilepsy connecting with the features of breaking their mental functiones. In the article have been examined the signs of epilepsy process, which furthering against law behaviour. One must considering the needing of prophylaxis the criminal actions with the patients of epilepsy, The present article has useful practical direction.

**Key words:** law, epilepsy, expertise, social-danger action.

---

С давних времён человечество интересовал вопрос о причинах совершения противоправных действий с точки зрения возможности осознания человеком своего поведения и произвольного руководства собственными двигательными актами. Постепенно пришло понимание того, что при совершении преступлений могут иметь место, как сознательный умысел преступника, так и грубое нарушение психических функций больного человека, что и определяло его преступное поведение. Строгое разграничение «психической «нормы» и «патологии» в правоохранительной практике в конечном итоге определяло дальнейшую судьбу человека применительно к требованиям закона. Не последнее место в ряду психических расстройств, являющихся наиболее криминогенными, принадлежит эпилепсии и её эквивалентам [5].

Эпилепсия (от греч. *epilepsia* – схватываю, нападаю) – хроническое прогрессирующее неврологическое заболевание, выражающееся в судорожных и бессудорожных приступах, психозах и специфических изменениях личности больного [3]. По законам Хаммурапи (XVIII век до н.э.) договор купли-продажи раба мог быть расторгнут, если у раба обнаруживалась болезнь «бенну» (вероятно, эпилепсия) [7]. До 11 века, в котором Авиценна впервые употребил термин «эпилепсия», эта болезнь называлась «падучей» (из-за падений больных во время приступа), «лунной» (они страдали снохождением, лунатизмом), «священной» (проявления болезни якобы носили религиозное происхождение), «чёрной немочью» (из-за циноза кожных покровов во время эпилептического приступа).

Современный научный взгляд на эпилепсию определяет её как гетерогенную группу эпилептических синдромов, отличающихся друг от друга по этиологии, характеру приступов, течению и прогнозу [6]. Различают эпилепсию собственную (генуинную) и симптоматическую, при которой на фоне основного заболевания возникают эпилептические приступы, чаще связанные с ранее перенесённой ЧМТ, чрезмерной алкоголизацией или токсическим воздействием вредных веществ. Заболевание проявляется как «классическими» большими припадками, так и малыми. Малый эпилептический припадок представляет собой кратковременную, на доли секунд, потерю сознания с небольшими судорожными компонентами. Малые припадки могут быть в виде абсансов (от фр. *absence* – отсутствие), что проявляется, к примеру, внезапным умолканием в ходе беседы, невнятным бормотанием, а спустя несколько секунд – продолжением прерванного разговора с полной амнезией больным произошедшего. При эпилепсии возможны не только типичные приступы, но и психические изменения, возникающие остро (психические эквиваленты) и развивающиеся постепенно, прогрессируя из года в год, меняющие характер, личность и интеллект больного.

Реализация принципов демографической безопасности населения Республики Беларусь требует проведения эффективных мероприятий по защите населения от различных противоправных посягательств, что подразумевает изучение особенностей отклоняющегося поведения пациентов с различными психическими расстройствами и превенцию возможных криминальных ситуаций с их участием. Закон Республики Беларусь «О психиатрической помощи» (последняя редакция от 07.01.2012) и другие нормативные акты Республики Беларусь, регулирующие взаимоотношения душевнобольных и социума, обеспечивают неукоснительную защиту прав психически больных при вступлении их в противоречие с законом, а также решение процессуальных и этико-правовых вопросов, возникающих в ходе следственных действий и судебного разбирательства. Это касается и преступных действий, совершённых больными эпилепсией в состоянии невменяемости, когда правовая защищённость гарантирует им лечение в психиатрических больницах с особыми режимами наблюдения (общим, усиленным и строгим).

Судебно-психиатрическое значение эпилепсии определяется значительной распространённостью этого заболевания среди населения (например, в России 1–5 случаев на 1000 населения), а главное – особой тяжестью правонарушений (преимущественно против личности), совершаемых больными в различных патологических состояниях, а также трудностью клинической и экспертной оценки свойственных эпилепсии пароксизмальных и непароксизмальных расстройств [6]. Особенно это касается наличия психических состояний, в частности, сумеречного состояния сознания, а также дисфории и грубых личностных дефектов. У больных с эпилепсией имеются характерные нарушения структуры психических

процессов, которые приводят к закономерному распаду нормального функционирования их психики вплоть до развития тяжёлого эпилептического слабоумия с резким снижением социального функционирования.

Нормальное функционирование психики человека определяется взаимодействием её составляющих психических процессов: ощущений и восприятия, внимания, памяти, мышления, эмоций, двигательной-волевой сферы и сознания. Это помогает правильно оценивать себя, окружающий мир, планировать и реализовывать свои намерения, т.е. вести себя правильно и законопослушно [3].

Из наиболее часто встречающихся психических эквивалентов при эпилепсии, возникновение которых часто чревато совершением общественно-опасных деяний (ООД), можно выделить следующие: дисфорию – злобно-гневливое настроение, которое появляется без всякого повода с частотой от нескольких раз в сутки до одного раза в квартал и реже; сумеречное расстройство сознания, которое выражается нарушением ориентировки в месте, времени и окружающей обстановке, действительность воспринимается больным в искажённом, фрагментарном виде, появляется страх, стремление куда-то бежать, возможны иллюзии, галлюцинации и бред со склонностью к ауто- и гетероагрессии, совершению преступлений, вплоть до самых тяжких; транс-амбулаторный автоматизм и сомнамбулизм (снохождение), когда поведение человека внешне вроде бы упорядочено, но очнувшись, больной не может понять, что с ним произошло. При сомнамбулизме больные эпилепсией встают с постели, ходят по квартире, могут выходить на улицу, после возвращаться домой и ложиться снова в постель или могут засыпать прямо на полу, на тротуаре или мостовой. Их сознание расстраивается только в ночное время, восприятие окружающего мира носит извращённый характер, проснувшись, они не помнят, что было с ними ночью.

Нарушения структуры психических процессов у больных эпилепсией можно рассматривать как фактор риска возникновения ООД. Однажды возникнув, это расстройство по мере своего прогрессирования изменяет память, мышление, речь, эмоции, интеллект, характер и личность пациента. При острых психотических расстройствах страдает и сознание. Хронические изменения, развивающиеся при эпилепсии постепенно, кардинально изменяют личность «по эпилептическому типу» вплоть до развития выраженного слабоумия [1]. Под влиянием болезни со временем формируется «ядро» новой личности, агрессивной, злопамятной, ригидной (трудно меняющей линию поведения при изменении внешних обстоятельств). Возникающие при эпилепсии характерные нарушения ряда психических процессов и индивидуальных свойств могут приводить к возникновению криминальных событий. Нарушается полезная адаптация больных к внешнему миру [5].

При патопсихологическом исследовании больных эпилепсией обнаруживаются изменения в следующих сферах, значимых в диагностическом плане [4]:

- в памяти – происходит неуклонное её ослабление, возникают затруднения произвольного запоминания, удержания в памяти увиденного и услышанного. Больные очень злопамятны и благодаря ригидности мышления «никогда не забывают своих обидчиков». По качеству памяти у больного эпилепсией можно судить о глубине его психического дефекта;

- в мышлении – оно становится вязким, тугоподвижным, инертным, избыточно конкретным, шаблонным, с затруднением обобщения и отвлечения, с узостью диапазона мышления, с эгоцентрическими тенденциями при бросающейся в глаза бедности словарного запаса, чрезмерной детализацией и обстоятельностью оценки воспринятого. Это проявляется в обычной беседе, при описании больными сложного рисунка или при пересказе текста, причём, страдающие эпилепсией подмечают совершенно несущественные детали объекта внимания, фиксируются на них, не улавливая его содержание в целом. Затруднения в выделении существенных признаков предметов и явлений характеризуют наблюдающиеся при эпилепсии снижение уровня процессов обобщения (чрезмерная конкретизация) и отвлечения (невозможность абстрагироваться от конкретного наблюдаемого объекта). Больные не могут найти отличительных признаков ряда схожих предметов, что не позволяет объединить их в одно понятие. Собирая какие-либо фигуры они не имеют представления о целостной её форме, а чаще применяют метод «проб и ошибок». Особенностью мышления больных эпилеп-

сией также является их склонность к резонёрству («пустословию на заданную тему»). Их высказывания носят поучительный тон, отражающий некоторую патетичность и переоценку собственного жизненного опыта, хотя по сути представляют собой неглубокие, поверхностные, бедные по содержанию суждения. Таким образом создаются условия, когда невозможно заранее предвидеть результаты своих действий и в соответствии с этим выстраивать социально приемлемую линию поведения;

- в речи – характерно поучительное резонёрство с затруднениями отвлечься от конкретной ситуации (они «топчутся» на месте, при этом, не теряя цели высказывания), олигофазия (основное речевое расстройство у больных эпилепсией) и замедление темпа речи, употребление уменьшительных слов и речевых «штампов», малозначительных фраз. Речь становится монотонной, с застреванием на мелких, ненужных подробностях, что создаёт трудности в коммуникации и снижает возможности позитивного общения;

- в уровне интеллекта – происходит его снижение, что на фоне ослабления памяти приводит к неумению отличить главное от второстепенного, теряются приобретенные навыки, способность обобщать, приводящая к узости суждений и умозаключений. Больные не понимают юмористических рисунков, что может вызывать насмешки окружающих и провоцировать конфликтные ситуации. Причина этого – прогрессирующее слабоумие с тугодумием. При этом интерпретация сюжета тестового рисунка проводится с привлечением собственного жизненного опыта и своих сложившихся непреодолимо-инертных представлений о нём, причём, чем раньше началась эпилепсия, тем больше страдает чувство юмора больного;

- в аффективно-личностных свойствах – проявляется в завышенной самооценке, детализации увиденного, дисфории, аффективной вязкости, умиленности, внезапно сменяющейся взрывчатостью, злобностью при ущемлении собственных интересов, повышенной гиперсоциальности в виде угодливости, добросовестности, альтруизма. Особенность в том, что в начале в поведении личности преобладает стремление к нивелированию возможных конфликтных факторов вследствие эмоциональной вязкости, умиленности. При появлении в общении элемента фрустрации у больного появляется взрывчатость и злобность. По мере углубления психического дефекта нарастают явления не критичности к себе и окружающей обстановки, появляется преувеличенно-оптимистическая оценка будущего;

- в деятельности – характерна пассивность и сужение круга интересов. Она становится слишком обстоятельной и детализированной, что наглядно проявляется в письме, рисунках, вышивании, описании рисунков и картин. При написании обязательно присутствует чёткий почерк, детальность изложения, время, дата, место, расстановка знаков препинания и т.п. В итоге жизнь больного может сводиться только к удовлетворению элементарных физиологических потребностей;

- в состоянии сознания – расстройства сознания по глубине характеризуется разной степенью отрешенности от внешнего мира, прекращением деятельности и потерей контактов с другими людьми. Это может быть причиной агрессивности, беспомощности человека, а он сам при определённых обстоятельствах становится потенциальной жертвой преступных деяний. Расстройства сознания по содержанию в виде устрашающих галлюцинаторных переживаний часто требуют активных защитных или наступательных действий в зависимости от их содержания.

Вышеперечисленные нарушения психических процессов у больных эпилепсией приводят к тому, что создаются предпосылки для совершения ООД. Их трудно в чём-то переубедить. Им трудно правильно оценить возникшую социальную ситуацию, в том числе, и криминальную. Они не могут чётко представить и оценить результаты своих действий, они не в состоянии менять линию поведения и стиль жизни, когда существует явная угроза их личного статуса. Шаблонность мышления часто является причиной рецидива преступлений. Его чрезмерная обстоятельность и детализация, проявляющаяся в речевой коммуникации вызывает недовольство и раздражение собеседника, порождает оскорбляющие высказывания в адрес больного. Это заставляет больного искать другие пути улучшения общения с другими лицами, в частности, приводит к частому употреблению спиртного и других ПАВ, что является дополнительным фактором риска совершения ООД.

Страдающие эпилепсией не делают правильных выводов из произошедшего, их прошлый позитивный опыт в памяти «молчит», их склонность «делать всё по-своему» часто порождает различные социальные конфликты. Ухудшение памяти создаёт условия, когда невозможно опереться на полезный опыт и приходится действовать наобум, что ухудшает получение желаемого результата.

Пучительное резонёрство больных нередко вызывает раздражение их окружения и создаёт почву для конфликтов. Завышенная самооценка часто требует от больного действий, которые не согласуются с его потенциальными возможностями, что ещё больше раздражает при отсутствии достижения цели.

Частые аффективные состояния (когда сильные эмоции нарушают критическую оценку окружающего и поведение практически не контролируется) могут способствовать совершению преступлений. Особенно это касается психотических расстройств – сумеречных состояний сознания, когда больной утрачивает продуктивный контакт с реальностью и действует с «жестокостью машины или автомата...», реализуя содержание своих галлюцинаторно-бредовых переживаний.

Установление диагноза эпилепсии не предопределяет однозначного экспертного решения при проведении судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ): один и тот же больной в межприступном периоде может быть признан вменяемым применительно к ООД и невменяемым при приступе заболевания. Наиболее трудны для практики СПЭ случаи скоропреходящих эпилептических расстройств, нередко обуславливающих противоправное деяние. Трудность состоит в необходимости ретроспективного воспроизведения клинической картины состояния при совершении криминального события. Основную роль здесь играют показания свидетелей и первоначальные показания обвиняемого, данные им вскоре после содеянного. Эксперту важно оценить информационное значение материалов дела (поведение больного, его внешний вид, речевую продукцию). Из психических эквивалентов эпилепсии, применительно к возможности совершения ООД, особо следует выделить сумеречное состояние сознания. Криминальные действия, совершённые в таком состоянии, имеют ряд особенностей, которые являются характерными: внезапность, безмотивность, отсутствие умысла, отсутствие мер предосторожности и стремления к сокрытию следов преступления, часто невероятная и бессмысленная жестокость, нанесение жертве множественных тяжелейших ранений, бесцельное изуродование и расчленение трупа. и др.

Представляются важными дополнительные данные о возникновении припадка на отрезке времени, близком к правонарушению, резком изменении состояния, «странном» внешнем виде больного (рассеянный взгляд, замедленность движений, немотивированное возбуждение), глубоком сне после правонарушения (больной иногда засыпает рядом с жертвой).

Важно помнить, что сумеречное расстройство сознания может протекать в разных вариантах. Например, при небольшой глубине изменения сознания они способны к грубой ориентировке и поверхностному контакту с окружающими, их болезненные переживания имеют «эмоциональную окраску». Иногда такие больные в сумеречном сознании проявляют агрессию против лиц, с которыми ранее были в конфликте. Или, сознание может становиться сумеречным периодами, а периодами «просветляться», поэтому одни свидетели могут видеть странности поведения, а другие – нет.

Амнезия, выявленная при проведении СПЭ больных эпилепсией, является лишь дополнительным критерием оценки подэкспертных, в сопоставлении с остальными данными. Причина здесь в том, что часто ссылка на забывчивость ими используется в защитных целях. Вместе с тем, надо знать, что существует запаздывающая (ретардированная) амнезия (на первых допросах подэкспертный говорит о бывших у него болезненных расстройствах, на последующих – не помнит не только о них, но и о самих допросах!). Или наоборот, вначале он ничего не помнит о содеянном, потом при прояснении сознания, начинает что-то припоминать (такое возможно, но эти воспоминания не могут быть основанием, мешающим признать его невменяемым в период совершения ООД). В отношении преступных деяний, совершённых в сумеречном помрачении сознания, больные признаются невменяемыми. Поясним выше-сказанное следующим примером [2]:

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

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

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

В день правонарушения в 9.00 утра выпил 200,0 г вина, работал по хозяйству. В 14.00 за обедом выпил ещё 100,0 г вина, некоторое время спокойно разговаривал, затем вдруг помрачнел, начал придираться к жене. После замечания тещи о его пьянстве бросил в неё тарелку, начал браниться, разорвал платье на жене. Родственники его связали и уложили в летней кухне. Он успокоился и уснул. Около 17.00 Ш. самостоятельно развязал опутывавшие его верёвки, порезал ножом перину и подушку. Вскоре в кухню вошла жена. Неожиданно Ш. молча нанёс её 2 удара ножом в спину и шею и выбежал вслед за ней из кухни. На улице подбежал к теще, несколько раз ударил её ножом, та упала. На подбежавшего к нему соседа Ш. тоже замахнулся ножом.

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

Заключение: Ш. страдает эпилепсией. Противоправные действия им были совершены в состоянии сумеречного помрачения сознания. Невменяем.

Правонарушения, совершаемые в состоянии дисфории больными эпилепсией менее часты. Эксперту важны сведения о безмотивном, внезапном изменении настроения больного и наличии подобных состояний ранее. Иногда сами подэкспертные вносят путаницу, связывая внезапное изменение настроения с внешним фактором. Судебно-психиатрическая оценка дисфории при эпилепсии зависит от её глубины. Включение в признаки болезни бредовых переживаний, нарушение сознания на высоте дисфории ведут к признанию таких больных невменяемыми.

ООД, хотя и реже, возможны во время малых припадков, а также других кратковременных эпилептических расстройств (абсанс, амбулаторные автоматизмы и другие). В судебно-психиатрической практике это обычно транспортные аварии (наезды), поджоги, акты эксгибиционизма (обнажение половых органов в присутствии других лиц или в общественных местах) и др. В этих случаях больных признают невменяемыми. Поясним сказанное следующим примером [2]:

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

Из анамнеза: За 2 года до этого во время ночного сна эпизодически начали возникать большие судорожные припадки, по поводу которых не лечился. В ночь перед правонарушением был развёрнутый припадок, сопровождавшийся прикусом языка. Утром И. приступил к работе. Через 15 минут после выезда на знакомую трассу в неосложнённой обстановке без помех на дороге заехал на середину улицы и, следуя по осевой линии с неизменной скоростью 50–60 км/час, не тормозя, сбил гражданку, которую, по показаниям свидетелей, легко можно было объехать. Проехав также по прямой ещё 400 метров и продолжая движение при красном свете светофора, И. совершил на пешеходном переходе наезд на вторую женщину, после чего продолжал двигаться с прежней скоростью вблизи осевой линии И. чуть не столкнулся на перекрёстке с троллейбусом, водитель которого был вынужден резко затормозить.

Вскоре И. остановил машину по знаку инспектора ГАИ. Выйдя из машины, он, по показаниям свидетелей, был каким-то странным и растерянным, не мог объяснить причину повреждений на своей машине, был бледен. Спустя 2 часа при медицинском совидетельствовании у И. на языке были об-

наружены следы недавнего прикуса. И. был заторможен, вял, жаловался на головную боль, говорил тихо, замедленно, без модуляций. Проба на алкоголь отрицательная. При осмотре врачом и на последующих повторных допросах в тот же день не помнил о содеянном.

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

Заключение: И. страдает эпилепсией. Противоправные действия им были совершены в состоянии амбулаторного автоматизма с нарушением сознания (отсутствие реакции на дорожную обстановку) при сохранности автоматизированных действий (удерживал руль в одном положении). Невменяем.

Лица с острыми, затяжными и хроническими эпилептическими психозами должны признаваться невменяемыми, но нередко возникают трудности в распознавании этих состояний. Например, когда к моменту СПЭ бред может поблекнуть, потерять свою актуальность.

Если ООД совершено в межприступный период эпилепсии, то вменяемость зависит от глубины имеющихся изменений личности больного. При выраженной эпилептической деградации, слабоумии больных признают невменяемыми. Также решается вопрос о дееспособности и способности давать свидетельские показания. Если существуют трудности с принятием решения СПЭ в отношении больного эпилепсией, имеющего дефект личности и совершившего ООД, то решающее значение играют интеллектуальные расстройства и нарушение критических способностей. Часто истинный дефект личности больного эпилепсией «маскируется» усилением эпилептической симптоматики, редко – симулятивным поведением. Всегда следует применять длительное наблюдение и лечение (антисудорожные, нейролептические средства), обязательно в стационаре. Они, как правило, улучшают состояние больного и позволяют установить его истинный психический дефект. Решение СПЭ также должно учитывать данные материалов дела, медицинской документации, сведения о социально-трудоустройственной адаптации, способности ориентироваться в сложных ситуациях и защищать свои интересы.

Прогрессирующее течение эпилепсии, устойчивость её к лечению служат дополнительными факторами для признания больного невменяемым или направления его на принудительное лечение.

В психиатрических больницах специального типа с усиленным наблюдением лечат больных с частыми сумеречными состояниями, тяжёлыми дисфориями с агрессивными тенденциями, выраженной эпилептической деградацией личности в сочетании со значительными аффективными нарушениями. В психиатрических больницах с обычным содержанием лечат больных при совершении нетяжёлого противоправного действия в кратковременном пароксизме, при редких припадках и незначительных изменениях личности.

Больные без выраженных изменений психики признаются вменяемыми в отношении правонарушений, совершённых вне приступов. Им обычно назначается амбулаторное противосудорожное лечение, в том числе, и в исправительных учреждениях МВД Республики Беларусь.

Таким образом, судебно-психиатрическая оценка больных эпилепсией неоднозначна и, как правило, определяется глубиной поражения психики и имеющихся изменений личности. Если в период совершения правонарушения у больного отмечался любой вариант судорожного припадка, такие лица в отношении содеянного признаются невменяемыми. Важность понимания эпилептического процесса как возможного фактора риска возникновения ООД позволяет соблюдать должную осторожность, формировать профилактические мероприятия в отношении данной группы больных и расценивать их как потенциально готовых «выстрелить в любую секунду...».

### Выводы

1. Структура нарушений психических процессов у больных эпилепсией и характерные личностные изменения создают условия для совершения этой группой больных общественно-опасных, в том числе, тяжких и особо тяжких, преступлений.

2. Судебно-психиатрическая экспертиза этой группы больных при совершении ими общественно-опасных деяний неоднозначна в плане выносимых решений и требует комплексного подхода с учётом личности подэкспертного и всех представленных на экспертизу данных.

## ☆ Оригинальные научные публикации

## Лечебно-профилактические вопросы

3. Социальная настороженность в отношении поведения больных эпилепсией с учётом криминогенности части из них, проведение своевременных профилактических мероприятий со стороны ОВД и медицинских психиатрических служб будут способствовать сохранению правопорядка в стране, уменьшению количества противоправных действий.

### Литература

1. Блейхер, В. М. Клиническая патопсихология: Руководство для врачей и медицинских психологов / В. М. Блейхер, И. В. Крук, С. Н. Боков. – 239 с.
2. Жариков, Н. М. Судебная психиатрия: учебник / Н. М. Жариков, В. П. Котов, Г. В. Морозов, Д. Ф. Хритинин. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Норма: ИНФРА-М, 2011. – 624 с.

3. Менделевич, В. Д. Клиническая и медицинская психология / В. Д. Менделевич. - М.: Медпресс, 1999. – 592 с.
4. Петров, В. И. Медицинская психология. Курс лекций: учебное пособие / В. И. Петров. – Могилёв: МГУ имени А. А. Кулешова. 2012. – 367 с.
5. Судебная психиатрия: курс лекций / сост. В. И. Петров. – Могилёв: МГУ имени А. А. Кулешова. 2014. – 212 с.
6. Руководство по судебной психиатрии / Под редакцией Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича, А. А. Ткаченко. – М.: Медицина, 2004. – 592 с.
7. Тришин, Л. С. Судебная психиатрия: учеб. пособие / Л. С. Тришин. – Минск: Изд-во Гревцова. 2014. – 312 с.

Поступила 28.01.2015 г.