

В. И. Петров, Н. В. Пантелеева, А. А. Крацько, Н. В. Иванчыков

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ КАК ФАКТОР ПРОТИВОПРАВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

УО «Могилёвский государственный университет им. А. А.Кулешова»,  
РНПЦ психического здоровья МЗ Республики Беларусь,  
Институт МВД Республики Беларусь

---

*Представлены сведения об особенностях протекания психических процессов у больных с расстройствами личности, которые определяют возможность совершения ими противоправных действий. Расстройства психической деятельности в виде нарушений восприятия, мышления, эмоций, двигательного-волевой сферы с дезорганизацией поведения при декомпенсации расстройств личности создают условия для возникновения криминальных событий применительно к правоохранительной практике. По данным судебно-психиатрической экспертизы возможность реализации социально-опасного поведения в виде общественно-опасных деяний связана с индивидуально-психологическими особенностями больных с расстройствами личности, динамикой психических процессов, социальной ситуацией их жизнедеятельности. В статье рассмотрены признаки расстройств личности, способствующие противоправному поведению. Обращено внимание на необходимость оптимальной коммуникации с ними, профилактики преступных действий со стороны больных с расстройствами личности. Представленная статья имеет конкретное практическое значение.*

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

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

## THE FEATURES OF COURSE MENTAL PROCESSES THE PATIENTS WITH DISORDERES OF PERSONALITY AS A FACTOR APPEARANCING OF CRIMINAL EVENTS

*The data about the features of course mental processes at patients with disorderes of personality, which will defining the possibility of committing by them against law actes are presented. The disorderes of mental activity in the vew of breaking perception, way of thinking, emotions and move-willing sphere with disorderes organization of behaviour in the time of turn for the worse disorderes of personality creating the conditions for 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 connecting with individual-psychological peculiarity patients with disorderes of personality, flowing the mental processes, the social situation their life. In the article have been examined the signs of disorderes of personality, which furthering against law behaviour. One must considering the needing of can be able to have f talk with this group of persons, of prophylaxis the criminal actions with the patients of the disorderes of personality. The present article has concrete practical meaning.*

**Key words:** law, disorderes of personality, expertise, social-danger action.

---

В ряде случаев причиной конфликтных социальных ситуаций могут стать определённый психопатический склад характера и личностные особенности, которые создают предпосылки для возникновения противоправной активности. Они – результат аномального развития, созревания личности, обусловленного влиянием неблагоприятных конституционально-биологических, микросоциальных и экзогенных факторов. Коммуникация с этими «трудными людьми» часто бывает затруднительна, а временами даже опасна для их социального окружения. Стиль жизни этих индивидуумов – это способ отношения к себе и другим. Прослеживаются постоянные поведенческие стереотипы со своеобразным ответным реагированием на житейские ситуации, которое заметно отличается от привычных форм социальной активности. Это дало повод К. Шнайдеру считать психопатами тех лиц, от поведенческих особенностей которых страдают окружающие и они сами.

Под расстройствами личности и поведения (старый и более употребительный термин – «психопатия») понимают *выраженные и стойкие, сохраняющиеся на протяжении почти всей жизни, отклонения в виде патологических черт от условной нормы, личностная дисгармония с вовлечением различных сфер психической деятельности, сопровождающиеся социальной дезадаптацией*. При этом имеющиеся у человека психологические особенности не могут быть объяснены повреждениями головного мозга или другими психическими расстройствами. В судебно-психиатрической практике Республики Беларусь психопатии включены в «медицинский критерий невменяемости» в «иные болезненные состояния».

Распространённость психопатий по данным различных авторов колеблется от 0,07 до 15,0% взрослого населения и часто неоднородны, с преобладанием у мужской части населения над женским в соотношении 2 : 1 [2, 5]. Так, в ФРГ (1972) они составляют 0,7:1000 населения, в США – 31,1:10 000; по другим данным, они составляют от 5 до 15 % взрослого населения. Среди направляемых на СПЭ психопатические личности составляют 8,0-12,0 % [4].

Расстройства личности формируются у человека с детского и подросткового возраста, наиболее чётко проявляются в молодости и сохраняются на протяжении всей жизни. Распространённость этой патологии среди населения остаётся неизвестной по причине того, что в поле зрения психиатрической службы попадают лишь тяжёлые психопаты в состоянии декомпенсации. Считать, что психопатии встречаются преимущественно у преступников по данным изучения спецконтингента мест лишения свободы тоже не совсем правильно ввиду действия на них экстремальных характеристик пенитенциарного быта, активизирующих латентные психопатические черты.

Значительный вклад в развитие учения о психопатиях внёс известный русский психиатр П. Б. Ганнушкин, которым сформулированы главные признаки психопатий: тотальность психических нарушений, что формирует своеобразную психическую конституцию, особый склад личности; выраженность нарушений характера в такой степени, что приводит к нарушению адаптации к среде (в кругу друзей, в семье, на работе, в общественных местах); стабильность патологических черт характера на протяжении всей жизни.

Расстройства личности и поведения часто являются причиной различных противоправных действий: так, параноидные психопаты с целью привлечения к себе внимания в ходе реализации своих сверхценных идей могут совершать даже убийства; истерические – совершать кражи, демонстративные противоправные поступки, например, угон машины совершать мешенничество; возбудимые – склонны к хулиганству, другим видам агрессии.

В современной трактовке расстройства личности и поведения (психопатия) – это тяжёлое нарушение характерологической конституции и поведенческих тенденций индивидуума, вовлекающее обычно несколько сфер личности и почти всегда сопровождающееся личностной и социальной дезинтеграцией. Восприятие себя и мира у страдающего психопатией отлично от такового у «среднего» индивидуума, отражающего свойственные ему в данной культуре особенности восприятия, мышления, чувствования, и особенно, межличностных отношений [5].

Своеобразие личностных черт страдающего психопатией отличает их стойкость, стабильность и отсутствие прогрессирования (нет ни выздоровления, ни утяжеления течения болезни). В зрелом возрасте благодаря адаптивным механизмам психики возникают вторичные личностные особенности, которые несколько улучшают характер поведения, стабилизируя свойства личности. В предстарческом возрасте аномальные черты характера «заостряются» (как и в пубертатном периоде), а к старости – несколько нивелируются под влиянием возрастных и сосудистых изменений. Вместе с тем, следует заметить, что в ряде случаев специфические характерологические черты способствуют профессиональному и карьерному росту страдающего психопатией. Завышенная самооценка и чрезмерная ответственность, социальная активность, граничащая с самопожертвованием, педантичность в деятельности и своеобразии мышления, «жажда зрителя и признания полученных результатов» часто являются теми личностными особенностями, которые способствуют достижению значительных социальных результатов.

По МКБ-10 диагностическими критериями расстройств личности являются: заметная дисгармония в складе личности и поведения (обычно включает

несколько сфер психической деятельности); отклоняющийся от условной нормы стиль поведения, возникший давно и имеющий стойкий характер, включающий широкий диапазон личностных и социальных ситуаций; нарушения личности, возникающие в детском или подростковом возрасте и сохраняющиеся в период зрелости, приводящее к значительному личностному дистрессу и часто сопровождающееся существенным ухудшением профессиональной и социальной продуктивности. Возможность адаптации к жизни у страдающих психопатией зависит от двух причин: выраженности дисгармоничности личности и влияния внешних условий.

По МКБ-10 выделяют следующие типы расстройств личности: F60 Специфические расстройства личности: F60.0 Параноидное расстройство личности; F60.1 Шизоидное расстройство личности; F60.2 Диссоциальное расстройство личности; F60.3 Эмоционально-неустойчивое расстройство личности (импульсивный и пограничный типы); F60.4 Истерическое (гистрионное) расстройство личности; F60.5 Ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности; F60.6 Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности; F60.7 Зависимое расстройство личности; F60.8 Другие специфические расстройства личности; F60.9 Расстройство личности, неуточнённое.

Роль психопатии как фактора возникновения криминогенных ситуаций или возможность страдающих психопатией стать жертвой противоправного поведения других лиц определяется индивидуально-психологическими особенностями больных психопатиями, их динамикой, окружающей больного социальной ситуацией. При патопсихологическом исследовании больных психопатией значимые в диагностическом плане изменения обнаруживаются, прежде всего, в мыслительной и эмоционально-волевой сферах [1, 6]:

- *восприятие* – галлюцинации отсутствуют, но иллюзии, сенестопатии в состоянии аффекта возможны;

- *мышление* – свойственна неполноценность мыслительных процессов, их аспонтанность и неподконтрольность (у параноидальных личностей нередко возникают сверхценные идеи различного содержания, например, своей исключительности в какой-то сфере деятельности и т.п.);

- *эмоции* – характерна неадекватность эмоциональных реакций (они не укладываются в нормальные рамки изначально), с преобладанием повышенной возбудимости, склонности к аффектам («аффективные разряды» на обидчика, либо «реакции мимо», когда эмоции «выплёскиваются» на случайных лиц, попавших в поле зрения психопата), снижением самоконтроля побуждений: истерические личности склонны к театральным формам эмоционального реаги-

вания (часто имеют место слезливость, нарушения сна, депрессивный фон настроения, реже – тревожность и чрезмерная суетливость).

- *интеллект* – формирования слабоумия не наблюдается, т.е. нет интеллектуального снижения в виде необратимого дефекта личности, нарушается прогностическая функция интеллекта, что определяет поведение в виде поступков «вопреки ожиданиям», имеется «относительная интеллектуальная недостаточность» в виде сочетания относительно полноценных способностей ума со слабостью суждений и критики, наличные знания должным образом не преломляются через «призму видения себя и ситуации»;

- *критичность* (как свойство интеллекта есть личностный механизм реализации деятельности, позволяющий планировать и разворачивать её в конкретной ситуации с учётом соотношения личного и социального в реальном поведении субъекта) – отсутствие критики, как к собственным патологическим особенностям (они воспринимают их как нечто индивидуальное, но не болезненное), так и к своему поведению в целом (в поступках нет логики, здравого смысла, психопат в постоянном поиске виновника своих неудач других лиц), нет способности к обучению на собственном отрицательном опыте с целью улучшения адаптации;

- *воля и мотивация* – эти составляющие психической деятельности при расстройствах личности отличает «сдвиг мотива на цель» (средства достижения цели превращаются в цель с приобретением ими свойства самостоятельных мотивов), причём, при расстройствах личности и аномальные мотивы также превращаются в цель, у человека нарушаются побуждения к какой-либо позитивной деятельности, а с учётом преобладающего нарушения волевых функций у лиц с аномалиями личности в экстремальных ситуациях возможна даже блокада интеллектуальных функций;

- *деятельность* – в норме должна быть целесообразной, целеобусловленной и целенаправленной. При расстройствах личности могут нарушаться все эти составляющие компоненты: возникают недифференцированность реальных и идеальных целей, характерно неумение объективно оценивать возникающую ситуацию, увидеть её в развёрнутой перспективе, неумение поставить посильную реальную цель, достижение которой приблизит в будущем достижение идеальной. Нарушение целеобразования, целевой структуры деятельности патогномично для расстройств личности, характерны высокие представления о своей ценности, что проявляется завышенными требованиями к жизни, невозможностью смириться с отсутствием жизненных благ. Это порождает нежелание данных лиц прикладывать необходимые усилия для достижения этих благ, что

оправдывается отсутствием необходимых личных качеств либо ставятся слишком далёкие, нереальные цели, либо лица с расстройствами личности движимы мотивацией избегания неудач. Типично прямое следование случайно возникшей ситуации без учёта вероятностного прогноза (например, возбудимые психопаты склонны к агрессивным реакциям в виде ауто- и гетероагрессии)

- **сознание** – обычно не нарушено, как крайний вариант протекания психопатий на психотравмирующую ситуацию в редких случаях возможно развитие реактивного психоза, но чаще дело ограничивается лишь невротическими реакциями. В отдельных случаях повышенная внушаемость определяет не критичность к внушающему внешнему влиянию и невозможность правильно оценивать действия других людей и свои собственные, свойства ситуации в личностном значении, что затрудняет регуляцию поведения в целом.

Патопсихологическая характеристика расстройств личности неоднородна, включает клинически значимые состояния отклоняющихся поведенческих типов, которые больше являются характерологическими расстройствами (патология характера).

В отличие от большинства психических расстройств, где динамика заболевания определяется формой, типом течения, стадией болезненного процесса, при психопатиях даже при появлении в динамике новых клинических признаков не нарушается общего, имевшегося место ранее, строя личности, нет коренных изменений характера, не наблюдается ни исхода расстройства, ни выздоровления. Различают несколько вариантов динамики психопатий: декомпенсация, компенсация и депсихопатизация.

Декомпенсация – это заострение психопатических черт, обычно сопровождаемое нарушениями поведения и социальной дезадаптацией и чаще связанное с неблагоприятными факторами внешней среды. Работникам уголовно-исполнительной системы следует знать, что одной из таких причин является строго регламентированный быт (установленная дисциплина, т.е. режим содержания). Неустойчивые личности практически не могут к нему приспособиться, что выявляет психопатические особенности и способствует декомпенсации уже имеющихся. Из эндогенных причин следует указать на изменение гормонального фона, особенно у женщин (климакс и др.), что также может служить причиной неустойчивого, отклоняющегося поведения в условиях социальной изоляции [5].

Страдающие психопатией часто сами умышленно провоцируют конфликтные ситуации (более комфортно ощущают себя «в зоне конфликта»), болезненно на них реагируют, что приводит этих лиц к ещё большей их психопатизации вследствие повторяющихся «умышленных циклов» их возникновения.

При декомпенсации чаще возникают остро протекающие психопатические реакции, реже – длительно формирующиеся новые психопатические черты, которые изменяют со временем структуру личности. Под психопатической реакцией понимают ответ на внешнее психотравмирующее воздействие в виде утяжеления присущих психопату свойств характера. В отдельных случаях кратковременные психопатические реакции приводят к значительной дисгармонии личности, к доминированию дополнительных проявлений патологического характера, которые утрачивают свою компенсаторную роль, а становятся ведущими в клинической картине.

Компенсация – это временное смягчение психопатических черт за счёт изменения внешней среды, когда она способствует более или менее удовлетворительной адаптации (участие возбудимого психопата в официальных соревнованиях по силовым единоборствам, шизоидного с его склонностью к аутизму – при нахождении в одиночной камере, истерического – при задействовании на ведущую роль в спектакле и др.). В данных случаях факультативные черты характера «маскируют» основные (стержневые) характерологические черты.

Депсихопатизация – это стойкое сглаживание психопатических черт с многолетней компенсацией. Встречается в 15,0% случаев, чаще связана с благоприятными семейными условиями. В данном случае повседневные стрессы переносятся удовлетворительно, черты характера не являются препятствием к удовлетворительной адаптации.

Следует знать основные проявления наиболее часто встречающихся видов психопатий и способы оптимальной коммуникации с данной группой лиц с учётом особенностей личностных черт и поведения [3].

**Параноидное расстройство личности** отличают недоверчивость к окружающим, повышенная подозрительность, стремление видеть в действиях других людей угрозу своему благополучию, поиски скрытого смысла в повседневных событиях, в высказываниях и поведении окружающих, упорство в отстаивании своих целей, бескомпромиссность, неспособность прощать обиды и унижения, обострённая чувствительность к ущемлению личных прав.

Рекомендации по оптимальной коммуникации: устанавливать отношения постепенно, шаг за шагом завоевывать доверие (не пытаться быстро «сократить дистанцию»); избегать критики пациента, демонстрации собственного превосходства, что вызывает ответную агрессию; не пытаться защищаться, если пациент проявит агрессию, нужно его выслушать, частично соглашаясь, и привести свои аргументы (но не оправдания!); постоянно демонстрировать серьёзность, уважение к пациенту, внимательно его слушать, избегать шуток, иронии, сарказма в его адрес; не допускать приказного тона, предоставлять пациенту

определённую независимость, подчёркивать равноправие с ним в принятии решений и разделять ответственность; при проведении интервью особенно важна способность к активному слушанию, прояснению ожиданий пациента, а также умение руководить ходом беседы.

**Шизоидное расстройство личности** характеризуется замкнутостью, молчаливостью, нелюдимостью, необщительностью и отгороженностью от окружающего мира, погружённостью в мир собственных фантазий, а также эмоциональной холодностью, в том числе и к близким, неспособностью проявлять свои чувства и сопереживать другим, пренебрежением социальными нормами. Эти люди производят ощущение странных («не от мира сего»), вход в их внутренний мир обычно закрыт. Их мышление необычно и нестандартно, их увлечения – мистика, астрология, экзотика, религиозные учения, целительство. Их отличают «штампованные» способы реагирования на ситуации, неумение начать разговор и закончить его. Коммуникация носит выхолащенный оттенок с типичной неспособностью переживать яркие эмоции, снижением уровня обыденного эмоционального реагирования, ангедонией.

Рекомендации по оптимальной коммуникации: не «переделывать» пациента, принимать таким, каким он есть; находить общие интересы, точки соприкосновения и далее их использовать; налаживать отношения с членами семьи и поручать им контроль за выполнением назначений; при проведении интервью особенно важны открытые вопросы, постоянное прояснение ожиданий пациента, передача ему информации в конкретной форме и постоянная проверка степени её понимания им.

**Диссоциальное расстройство личности** выделяет следующее – стойкое нежелание следовать установленным в обществе нормам и правилам, склонность к авантюрам, рискованным приключениям, отсутствие сочувствия и сострадания к окружающим, недостаток ответственности и самоконтроля, неспособность испытывать чувство вины и раскаяния за своё поведение, склонность обвинять окружающих и обстоятельства в своих конфликтах, имеют тенденцию к агрессии, насилию, азартным играм, частым противоречиям с законом, имеют низкий самоконтроль и самоограничение.

Рекомендации по оптимальной коммуникации: нельзя «читать мораль» и доверять обещаниям изменить поведение; доходчиво объяснить возможные последствия рискованного поведения (возможность внезапной смерти, заражение ВИЧ-инфекцией, лишение свободы и др.) и возложить ответственность за выбор форм поведения на самого пациента; не выступать в роли помощника и не позволять пациенту манипулировать собой; подчёркивать, что забота о собственном здоровье и будущем лежит на самом пациенте.

**Эмоционально неустойчивое расстройство личности** отличается эмоциональная неустойчивость, взрывчатость, несдержанность, склонность к тяжёлым аффектам, связь колебаний настроения как с внешними поводами, так и без такой связи – спон-

танно. Характерна склонность к ауто- и гетероагрессии, схематичное восприятие мира, дихотомичность мышления («всё или ничего!»). Лица с эмоционально неустойчивым расстройством личности склонны к депрессии, пьянству, потреблению ПАВ, суицидальному поведению. Они непоследовательны, не могут использовать свой прежний эмоциональный опыт. Их ошибки повторяются, что усиливает чувство пустоты и отчаяния.

Рекомендации по оптимальной коммуникации: принимать пациента таким, каким он есть, проявлять терпение, последовательность, твёрдость, не позволять провоцировать конфликты и последующие примерения; заключить с пациентом контракт, где обговорить допустимые пределы поведения, и требовать их выполнения; распределять ответственность за результат лечения с пациентом и настаивать на том, чтобы он выполнял свою часть работы; подчёркивать ценность человеческой жизни и необходимость считаться с интересами других людей.

**Истерическое (гистрионное) расстройство личности.** Характерные черты таких людей – театральность, эгоцентризм, демонстративность, повышенная эмоциональность и переменчивость настроения, стремление привлечь к себе внимание, повышенная внушаемость и самовнушаемость, попытки представить себя лучше, чем есть на самом деле, богатая речь, но не всегда точная, полна преувеличений. Эти лица живут «чувствами, а не разумом». Эмоции их яркие, но поверхностные и переменчивые. Характерна эксцентричность внешности, поведения и высказываний. Они склонны к возникновению диссоциативных и соматоформных расстройств.

Рекомендации по оптимальной коммуникации: соблюдать эмоциональную и поведенческую дистанцию, не давать увлечь себя на сторону пациента в его конфликтах, не обсуждать вопросы, не касающиеся профессиональной компетенции врача; демонстрируя доброжелательность, проявлять твёрдость, последовательность и уверенность в себе; помнить о склонности пациентов к преувеличению симптомов; сразу договориться о разделении ответственности, постоянно контролировать выполнение пациентом намеченных мероприятий; не позволять опаздывать, самовольно менять назначения, без согласования обращаться к другим врачам; не позволять манипулировать собой (спокойно воспринимать и похвалу и осуждение); при проведении интервью контролировать своё невербальное поведение в связи с развитой интуицией у пациента.

**Ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности** характеризует чрезмерная добросовестность, педантичность, скрупулёзность, утрированное стремление к совершенству в деятельности («перфекционизму»), излишнее внимание к деталям в ущерб главному, упрямство, отсутствие гибкости, излишняя требовательность в вопросах нравственности, приверженность социальным условностям, трудности в принятии решений, трате денег, избавлении от старых ненужных вещей. Их требования к себе завышены, им свойственны

постоянные колебания, возврат к уже сделанному в поисках недостатков, упорство на своём, склонность к лёгкому возникновению навязчивых мыслей и действий.

Рекомендации по оптимальной коммуникации: важно убедить пациента в компетентности врача уже при первой встрече (удалось – пациент ваш союзник до конца лечения); убеждая пациента, важно больше использовать фактов, объяснять ход своих мыслей логически, рационально, но без эмоциональных аргументов; в ходе интервью нужно самым внимательным образом выслушать, подробно рассмотреть опасения пациента, не следует иронизировать, шутить и заявлять, что его опасения беспочвенны; необходимо чаще использовать открытые вопросы и подробно суммировать результаты интервью.

**Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности** – характерные черты: неуверенность в себе, постоянное чувство тревоги и напряжения, избегание контактов с людьми и жизненных ситуаций из-за боязни критики, осуждения и отвержения, болезненная чувствительность к критике, желание работать там, где мало людей. Они постоянно скованы, напуганы, не могут проявить себя, завязать новые знакомства, нуждаются в постоянной защите и одобрении. Для них очень характерно ношение с собой многих разных вещей «на всякий случай». Их самооценка занижена, что не соответствует действительности. Эти люди склонны к развитию социофобий.

Рекомендации по оптимальной коммуникации: встречаться без посторонних, в обстановке, обеспечивающей безопасность и уединение, не менять место встречи; не усаживать пациента спиной к двери, предоставлять ему удобное место (мягкое кресло, свет не должен падать в лицо); убрать физические барьеры, постоянно находиться в открытой позе и демонстрировать активное слушание; в беседе инициатива за врачом, не следует заставлять пациента принимать быстрые решения, но всегда объяснять ему, почему принимается то или иное решение; следует избегать иронии и критики, выступать в роли советчика и опекуна, постоянно демонстрировать эмпатию, внимание и сочувствие; не скупиться на похвалу, постоянно подчёркивать позитивные качества и достижения пациента.

**Зависимое расстройство личности** отличается постоянным стремлением человека подчинить свои собственные потребности и интересы интересам других, быть ведомым, но не ведущим, затруднения в принятии самостоятельных решений и отстаивании своих интересов, страх потерять человека, с которым возникла тесная связь, и остаться в одиночестве, подчиняемость, скромность и безропотность, старание во всём следовать мнению других, заниженная самооценка, повышенная вероятность развития депрессии и социальных фобий.

Рекомендации по оптимальной коммуникации: соответствуют правилам работы с лицами, имеющими тревожное расстройство личности. Только не следует забывать, что поборные пациенты могут стать сверхзависимыми от врача и психолога.

### Смешанное расстройство личности.

К ним относятся случаи, когда у пациента имеется несколько типов расстройств личности, но не один из них значительно не преобладает.

Рекомендации по оптимальной коммуникации учитывают индивидуальный подход к каждому пациенту.

Больные психопатией, совершившие преступление, чаще признаются вменяемыми, при декомпенсации психопатии – вопрос решается индивидуально. При определении уголовной ответственности лиц, страдающих психопатией, суд учитывает выраженность психических расстройств, а также особенности совершённых ими общественно-опасных деяний. Большинство из исследуемых – это лица с эмоционально-неустойчивой, истерической и параноидной формами психопатий. При глубокой декомпенсации параноидной психопатии она может быть приравнена к психотическому состоянию с признанием вполнестивости судом исследуемого невменяемым.

Дееспособность лиц, страдающих психопатиями, редкий повод для назначения судебно-психиатрической экспертизы. Необходимость в ней возникает при оценке дееспособности психопатической личности в состоянии глубокой декомпенсации на момент заключения сделки. Здесь учитывается психическое состояние на определённый отрезок времени, а не вообще, поскольку такие состояния бывают преходящими [2, 6].

Таким образом, наличие расстройств личности и поведения является фактором риска дезадаптации и противоправного поведения. Наличие разнообразных форм этих психических расстройств требует знания их патопсихологических особенностей, которые следует учитывать при коммуникации с данной категорией лиц.

### 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. Евсегнеев, Р. А. Психиатрия для врача общей практики / Р. А. Евсегнеев. – Минск: Беларусь, 2001. – 432 с.
4. Руководство по судебной психиатрии / Под редакцией Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича, А. А. Ткаченко. – М.: Медицина, 2004. – 592 с.
5. Савосько, В. Н. Общественно-опасные деяния, совершённые лицами с расстройствами личности / В. Н. Савосько // Актуальные вопросы судебной психиатрии и судебной психологии : тезисы докладов международной научно-практической конференции. Минск, 10–11 дек. 2015 г. / ГКСЭ Республики Беларусь; Право и экономика. Минск, 2015. – С. 52–65.
6. Судебная психиатрия: курс лекций / сост. В. И. Петров. – Могилёв: МГУ имени А. А. Кулешова. 2014. – 212 с.

Поступила 12.11.2015 г.