

В. И. Петров, Н. В. Пантелеева, А. А. Кралько

ОЛИГОФРЕНИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ОБЩЕСТВЕННО-ОПАСНЫХ ДЕЯНИЙ

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

Представлены сведения об особенностях протекания психических процессов у больных олигофренией, которые определяют возможность совершения ими противоправных действий. Грубые нарушения психической деятельности врождённого характера в виде искажения восприятия внешнего мира, снижения интеллекта и недостаточной критики к окружающему, характерологические особенности больных в виде нарушений мышления, болезненного эмоционального реагирования на окружающий мир 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 олигофренией связана с особенностями нарушения их психических функций. В статье рассмотрены характерные признаки олигофрении, способствующие противоправному поведению. Обращено внимание на необходимость комплексной профилактики преступных действий со стороны больных олигофренией. Представленная статья имеет полезную практическую направленность.

Ключевые слова: право, олигофрения, экспертиза, общественно-опасное деяние.

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

OLIGOPHRENIA AS A FACTOR TO APPEARANCE OF SOCIAL-DANGEROUS ACTIONES THE MENTAL PATIENS

The data about the features of course mental processes at patients with oligophrenia, which will defining the possibility of committing by them against law actes are presented. The coarse disorderes mental activity of inherent character in the view of distortion the perception of the outward world, the decrease of intellect and the insufficentling of critic to environment, the features of character of the patients in the view the disorderes

of mentality, the disease emotion reacts on the surrounding world are creating the conditions for the breaches of behaviour and to appearance of criminal events using in law guard practice. On the data of justice-psychiatric expertise the possibility of manifestation social-danger behaviour in the view of social-danger acts the patients with oligophrenia connecting with the features of breaking their mental functions. In the article have been examined the signs of oligophrenia process, which furthering against law behaviour. One must considering the needing of complex prophylaxis the criminal actions with the patients of oligophrenia. The present article has useful practical direction.

Key words: law, oligophrenia, expertise, social-danger action.

Олигофренией страдает до 1,0–3,0% жителей нашей планеты [2]. Под этим термином в психиатрической практике понимают группу врождённых или рано приобретенных в детском возрасте болезненных состояний психики, где главным является первоначальное стабильное недоразвитие интеллекта. Проще говоря, это недоразвитие интеллекта с детства. Актуальность изучения проблемы умственной отсталости обусловлена разнообразием этиологии, возрастом распространённости, клиническим полиморфизмом, кажущейся простотой диагностики и незначительной эффективностью лечения, а также важностью социально-правовых последствий отклоняющегося поведения умственно отсталых лиц.

Термин «олигофрения» впервые ввёл Э. Крепелин в 1915 году. Умственная отсталость (mental retardation) или олигофрения означает (греч. oligos – малый, phren – ум) патологическое состояние, обусловленное поражением головного мозга во время родов или на 1-м году жизни, расстройствами метаболизма, врождёнными уродствами, а также хромосомными аномалиями, в клинике которых проявляется синдром относительно стабильного интеллектуального недоразвития, ведущий к нарушению социально-трудовой адаптации. Психический «дефект», возникший в детстве, остаётся неизменным на протяжении всей жизни и в зависимости от глубины нарушения интеллекта выделяют идиотию, имбецильность и дебильность. Кроме снижения интеллекта, у страдающих олигофренией наблюдается дисрегуляция других психических процессов, составляющих основу гармоничного функционирования психики [5].

В начале XX века французские учёные Бине и Симон предложили характеристику степеней умственного недоразвития исходя из развития речи ребёнка. При этом, к страдающим идиотией они относили детей, которые не могли словами выразить свою мысль и понять мысль другого человека, выраженную словесно (при отсутствии болезней органов слуха и речевого аппарата). К страдающим имбецильностью – при невозможности больных письменно общаться с себе подобными, понимая их, читать написанное ими (напечатанное), если нет болезней зрения и двигательного паралича руки. К детям, страдающим дебильностью – тех, кто мог посредством речи и письма общаться с себе подобными, но которые запаздывают на 2–3 года в освоении занятий от сверстников в ходе школьной программы.

Важно не путать понятия «олигофрения» и «деменция» (приобретенное слабоумие), последняя возникает уже при жизни и связана с травмирующим действием других внешних и внутренних факторов, т.е. это утрата имевшейся ранее интеллектуальной состоятельности. Образно деменцию связывают «с разорившимся богачом, имевшим денежные средства уже при рождении и утратившим их в процессе жизни», а олигофрению – «с бедняком от рождения».

Наличие нарушений психических функций данной категории больных создают предпосылки для их неудовлетворительной адаптации в окружающем мире, в том числе, связанной с элементами противоправного поведения [1]. Страдающие олигофренией часто попадают в поле зрения государственных судебных психиатров-экспертов в связи с совершением общественно-опасных деяний (ООД), которым следует оценить степень осознания душевнобольным своего поведения и возможность произвольного руководства поведением в криминальной ситуации. В последние годы, например, в России частота ООД, совершённых лицами с умственной отсталостью, выросла более чем в 2 раза. Растёт их доля среди лиц, повторно совершающих противоправные действия, причём констатация состояния невменяемости среди них составляют 26,3%, причём, постоянно увеличивается общее число лиц с признаками снижения интеллекта, признанных невменяемыми [2].

Особенности протекания психических процессов больных олигофренией создают реальную возможность совершения ими ООД. Характер функционирования их психики зависит от глубины интеллектуально-мнестического снижения и определяет криминогенность этой группы душевнобольных. Олигофренический патопсихологический симптомокомплекс в психических свойствах больных имеет следующие проявления [3]:

- самооценка больных обычно завышена, причём присутствует явная не критичность в оценке своих способностей, что отражается в завышенном уровне притязаний;

- восприятие мира и своих внутренних ощущений медленное и недостаточно активное, характерна недостаточная дифференцированность воспринимаемых объектов, неподвижность и инертность зрительных образов;

- внимание в состоянии относительной нормы, если зрительный материал доступен для наблюдения и вызывает какой-либо интерес;

– нарушения памяти могут проявляться в сужении объёма кратковременной памяти, непродуктивности заучивания, снижении качества опосредованной памяти, их механическая память усваивает привычные стереотипные житейские навыки, но информация о моральных запретах и приемлемых формах социального поведения не усваивается или с большим трудом без дальнейшего продуктивного воспроизведения;

– мышление у больных олигофренией резко нарушено, оно конкретно и непоследовательно, характерна его инертность и примитивность, суждения поверхностны, бросается в глаза неспособность к абстрагированию, в мыслительных операциях отсутствует анализ и синтез, кроме случаев лёгкой формы олигофрении, где имеется ограниченная способность к аналитической деятельности и синтетическому мышлению;

– для эмоций характерно преобладание их низших форм, отражающих простейшие жизненные потребности, возникающие аффекты больных недифференцированы и неполноценны, часто злобно-гневливого характера, с элементами ауто- и гетероагрессии;

– двигательно-волевая сфера проявляется в элементарных влечениях, пациенты неспособны или почти неспособны к целенаправленной деятельности, к сложным волевым актам, отражающим высокие нравственные позиции, формированию шкалы ценностей, отражающей высокие моральные идеалы, их агрессия часто направлена на более слабых и беззащитных;

– характер нарушений речи может колебаться от нечленораздельных звуков до несложных грамматических конструкций бытовой тематики, с косноязычием, нарушением грамматических правил построения предложений;

– сознание больных олигофренией недостаточно критично, причём, чем глубже олигофрения, тем меньше критичность сознания; осознание характера и общественной опасности совершаемых деяний и понимание ответственности за содеянное у них могут полностью отсутствовать, либо больные не полностью утрачивают целостность осмысливания динамики криминальной ситуации и своего поведения в ней и могут предвидеть последствия своих действий;

– интеллект явно снижен («дефицит» интеллекта), больной неспособен или мало способен к формированию понятий и обучению, у него ощущается нехватка общих сведений и знаний, что затрудняет правильное планирование своих действий и предвидение возможных их последствий.

Возможность противоправной активности больных олигофренией следует соотносить с глубиной и тяжестью психического расстройства, которая существенно различается. В частности, при идиотии (от греч. *idioteia* – невежество), наиболее тяжёлой и глубокой форме олигофрении, наиболее характерная черта – недостаточная реакция на внешние

стимулы. Больные не осознают своего психического дефекта и нуждаются в постоянном уходе и надзоре. Они не узнают родителей. Их нельзя ничему научить. Действия больных – это инстинктивные автоматические акты или элементарные двигательные реакции на внешние раздражители.

Для внешнего вида страдающих идиотией характерны уродливая голова, полуоткрытый рот, «тупое» выражение лица, склонность к стереотипии движений (сосание пальцев, хлопанье в ладоши), неспособность к осмысленному самостоятельному передвижению, планируемому двигательным актам. Налицо грубые физические дефекты в виде диспластичности, деформации черепа, скелета, парезы и параличи, судорожные пароксизмы. Больные не соблюдают правил личной и общественной гигиены (страдают недержанием мочи и кала). У них отсутствуют членораздельная речь, часто они издают только звуки (или есть скудный запас слов). Им недоступно понимание смысла обращённых к ним слов или речь окружающих воспринимается ими с большим трудом. Часто воспринимается только слышимая интонация. Нередко единственной речевой реакцией больного на приятные или неприятные для них раздражители являются протяжные или отрывистые крики, мычание. Поведение больных внешне не мотивировано. Движения хаотичны, стереотипны. Страдающие этим недугом пассивны и безучастны, их эмоции примитивны, скудны, нередко проявляются аффектами злобы и гнева, агрессии к окружающим и себе. Характерна неадекватная ситуационная реакция на окружающий мир. Пациенты с идиотией склонны к немотивированному гневу и смеху. Элементарную реакцию могут проявлять на холод, голод в виде нечленораздельных звуков.

С практической точки зрения важно знать, что идиотия протекает в двух формах: больные либо чрезмерно возбуждены, агрессивны и расторможены, либо – всё время безучастны, безинициативны, сонливы. Для первой группы свойственно хаотичное возбуждение, манипуляции с половыми органами. В судебно-следственной практике лица с такой глубиной слабоумия не встречаются по причине своей врождённой беспомощности (психической и физической).

При имбецильности (умеренной форме олигофрении) снижение интеллекта не такое тяжёлое, как при идиотии (лат. *imbecillus* – слабый, незначительный). Она встречается у каждого десятого, страдающего олигофренией. Реакции на окружающее у них более разнообразнее и оживлённее. Больные уже обнаруживают элементарные умственные понятия, ориентировку в бытовой обстановке, разнообразное реагирование на ситуации. Их речь примитивна, косноязычна, аграмматична, с небольшим словарным запасом. Они понимают и употребляют несложные фразы и даже делают элементарные обобщения, но в пределах бытовых знаний. При этом их мышле-

ние и действия прямолинейны и конкретны. Их механическая память способствует усвоению стереотипно применяемых привычных навыков, но они с трудом усваивают моральные и нравственные запреты и нормы общественного поведения. У них уже можно установить индивидуальные характерологические отличия, дифференцированное отношение к окружающим, избирательную привязанность к близким. Мышление у лиц с умеренным снижением интеллекта скудное, они овладевают речью, но она развита слабо. Их словарный запас от 10 до 300 слов. Речь косноязычна, без соблюдения грамматических правил. Мышление конкретное. Суждения больных примитивны. В лучшем случае, они способны научиться считать в пределах единичных чисел. В процессе жизни могут научиться есть самостоятельно, мыть посуду, убирать квартиру, стирать, одеваться, но, как правило, делают это неряшливо и после многократных напоминаний. Движения больных однообразны, они путают «право» и «лево», неправильно застёгивают пуговицы и одевают головной убор. Изменение окружающей обстановки вызывает у них растерянность и беспомощность. Больные дети узнают родных, проявляют к ним привязанность. Они способны переживать радость, гнев, обиду и страх. В отдельных случаях, страдающие имбецильностью склонны к агрессии, асоциальным поступкам к более слабым детям. У них ограничена способность к механическому запоминанию, арифметическим действиям. Их суждения бедны. Могут овладеть отдельными операциями трудового процесса.

При умеренной умственной отсталости больные могут произносить короткие фразы, понимают несложную, обращенную к ним, чужую речь. Они обнаруживают элементарные, но, тем не менее, разнообразные и дифференцированные реакции на внешние раздражители. Больные способны ориентироваться в привычной обстановке, но никак не воспринимают нечто новое. Они настроены только на удовлетворение актуальных низших влечений (чувства голода, холода и др.). Их поведенческие акты непоследовательны, импульсивны. У них нет какого-либо плана и прогноза своих действий, совершенно отсутствует инициатива и самостоятельность. Страдающие имбецильностью подражают окружающим, копируя их действия. Они обладают элементарными навыками самообслуживания, но нуждаются в постоянной опеке и уходе. Их эмоции малодифференцированы, но богаче, чем при идиотии. У больных с умеренной умственной отсталостью могут быть эпизоды сексуального возбуждения, когда они совершают ООД (чаще изнасилование или хулиганство). Возможны случаи эксгибиционизма (публичного обнажения). Приведём пример совершения ООД больным, страдающим олигофренией в степени имбецильности, который в отношении инкриминируемых ему деяний признан судом невменяемым.

Больной Ш., 20 лет. Наследственность отягощена по линии отца алкоголизмом. Мать здорова. Беременность матери протекала с токсокозом 1-й половины. Родился в состоянии асфиксии. С первых дней жизни отставал в развитии, ходить начал к двум годам, первые слова произносить в возрасте 7 лет. Из детских инфекций перенёс корь, краснуху. До восьмилетнего возраста отмечался ночной энурез. Больного пытались научить читать и писать, но бесполезно. Он не мог учиться даже по программе вспомогательной школы. Дома элементарно себя обслуживал, под присмотром родителей выполнял простые трудовые процессы, помогал по хозяйству. С 16-летнего возраста является инвалидом 1 группы. До этого времени рос спокойным, вялым, малоподвижным. С началом периода полового созревания стали отмечаться состояния резко выраженного психомоторного возбуждения, становился злобным, агрессивным, проявлял нелепое эротическое возбуждение по отношению к матери, к соседке. В связи с неправильным поведением неоднократно стационарировался в психиатрические больницы, получал лечение успокаивающими препаратами. Однако после выписки из больницы дома долго не задерживался. В очередной раз госпитализирован милицией в связи с попыткой изнасилования соседки и нанесением ей побоев.

Во время беседы с психиатром-наркологом стоит в своеобразной позе, выпятив живот, руки согнуты, постоянно совершают однообразные движения руками и пальцами рук. Простейшие инструкции выполняет с трудом. Госпитализацией не тяготится. Спокоен, несколько благодушен. Может ответить только на элементарные вопросы. Рассказать о себе ничего не может. Речь скудная, мышление конкретное. Больному не удаются даже элементарные обобщения. Не умеет читать и писать, считает в пределах 10, но с ошибками. Не знает текущей даты, не ориентирован во времени. Не может запомнить числа и месяцы. Интересы крайне ограничены. Поведение однообразно, беспомощен, пассивно подчиняется режиму отделения. Неправильно держит ложку, кормится с помощью медперсонала. Неряшлив, держится уединённо, в отделении ни с кем не общается. Интересы ни к чему не проявляет. Знает свою койку в палате. Правильно называет своё имя и фамилию, но не знает, сколько ему лет. Безразличен к посещению родных. Радуеться лишь их передачам, которые тут же съедает.

Для страдающих имбецильностью характерны безынициативность и повышенная внушаемость. Это предопределяет их склонность к слепому повиновению и подражанию (чем и пользуются лидеры преступных группировок), пьянству и асоциальному поведению. Их деятельность обусловлена инстинктивными побуждениями (к самосохранению, сексу, пище) и часто приводит к хулиганству, агрессии, убийствам, сексуальным эксцессам, кражам, поджогам и т.п. При этом у таких лиц полностью отсутствует осознание характера и общественной опасности своих деяний, понимание ответственности за содеянное. СПЭ по лицам, страдающим имбецильностью проводится редко и только по формальным соображениям. Решение одно – невменяемы и недееспособны.

При рассмотрении криминогенного значения дебилности (от лат. *debilis* – хилый), самой лёгкой и распространённой формы умственного недораз-

вития, следует заметить, что она распознаётся значительно труднее, чем идиотия и имбецильность. По степени выраженности умственной недостаточности (дефекта) различают её лёгкую, умеренную и глубокую степени. При ней отсутствуют грубые расстройства психических функций, характерные для идиотии и имбецильности. В ряде случаев у страдающих дебильностью отмечается достаточный запас слов, неплохая механическая память, усидчивость, что при настойчивости родителей и усилиях педагогов, позволяет больным освоить программу начальной школы, хотя обучение в дальнейшем в старших классах общеобразовательной школы им недоступно. Выше перечисленные качества позволяют им освоить работу даже на конвейере. Страдающим дебильностью доступны чтение и письмо, простейшие обобщения. Характерно преобладание конкретного мышления над абстрактным, которое развито слабо. По этой причине больные дебильностью не могут объяснить смысл пословиц, понятий, метафор, отличить главное от второстепенного. Тем не менее, их речь развита достаточно хорошо. Они могут жить самостоятельно, получить профессиональную подготовку, иметь семью.

Вместе с тем, страдающим дебильностью отличает повышенная внушаемость. Это личностное качество может способствовать совершению групповых преступлений. Больные дебильностью могут иметь болезненную убежденность в чём-либо (ввиду отсутствия должной критичности), приводящую к непонятной настойчивости, сутяжничеству и кверулянству (склонности к написанию постоянных, необоснованных жалоб, не имеющих под собой объективного подтверждения). Их поступки характеризуются сочетанием слабости побуждений с импульсивностью поведения, повышенной внушаемостью и упрямством, пассивной подчиняемостью, недостаточностью самоконтроля и низкой способностью подавлять свои влечения. Поэтому они часто являются объектом сексуальных посягательств.

Часть лиц из страдающих дебильностью сохраняют некоторую целостность осмысливания своих действий и могут критически оценивать своё поведение в зависимости от изменяющихся условий и динамики ситуации, а также предвидеть последствия своих действий. Они могут образовывать и сохранять семьи, воспитывать детей, адаптироваться к трудовой деятельности. Социальные и психологические условия жизни, быта и труда влияют на формирование личности, страдающих дебильностью (в силу их повышенной внушаемости и подражательства). При одном и том же психическом дефекте, но при доброжелательном отношении у них чаще обнаруживается услужливость, преданность, исполнительность, старательность, положительные результаты медико-социальной реабилитации. Такие лица обычно осознают свою ущербность и стараются устроиться на работу, не требующую самостоятельности, инициативы

и переключения на незнакомые рабочие операции. Они стремятся компенсировать свою умственную недостаточность прилежным трудом. При негативных условиях жизни у страдающих дебильностью отмечают ещё большую задержку психического развития, усиление социальной и педагогической запущенности, формирование асоциальных установок к учёбе, труду, быту, обществу и соблюдению общепринятых норм поведения. Именно эти лица легко вовлекаются в криминальные группы, часто совершают ООД как исполнители жестоких и агрессивных преступлений. Они склонны к конфликтам, дракам, употреблению алкогольных напитков и наркотических средств.

Судебно-психиатрическая оценка олигофрении неоднозначна. По данным ряда зарубежных авторов, среди лиц, совершивших правонарушения, почти 40,0% составляют больные олигофренией. В России подэкспертные с олигофренией составляют 34,7% (по данным 2005 года) [2].

Так уж сложилось исторически, что в конце XIX – начале XX вв. при изучении подэкспертных, страдающих олигофренией в ходе судебно-психиатрического освидетельствования основное значение придавалось степени интеллектуальной недостаточности. В большинстве случаев невменяемыми признавались лица начиная с тех, у которых слабоумие достигало или превышало степень выраженной дебильности. В современных условиях этот подход также сохраняется, но сегодня экспертное решение учитывает не только степень интеллектуальной недостаточности, но и выраженность эмоционально-волевых и психопатоподобных расстройств. Эксперты принимают во внимание и наличие психотических расстройств, а также особенности клинической динамики в зависимости от действия неблагоприятных внешних факторов.

При анализе ООД страдающих дебильностью в ходе СПЭ, важно знать, что спонтанно или под влиянием негативных факторов в семье, коллективе, обществе возможны не только временные ухудшения их психического состояния (например, в виде расстройства настроения), но кратковременные психотические состояния (дисфории, бред, галлюцинации, неконтролируемое психомоторное возбуждение). Но особенно криминогенны в их деятельности страх, испуг, острая тоска, тревога, внутреннее беспокойство, нечёткое восприятие ситуации, травмирующие коллизии, изменение привычного стереотипа труда и быта. Тогда у больных возникает субъективное стремление к упрощению ситуации и возврату к привычным условиям. У дебильных личностей, кроме того, могут быть истерические и другие непредсказуемые реакции в виде тревожно-депрессивных проявлений, схожих с приступом кататонии, пугильным (детским) поведением и реактивными психозами.

При интерпретации заключений СПЭ лиц, страдающих олигофренией в степени дебильности, правоведам необходимо с пониманием относиться к её при-

чинам и отсутствию динамики в развитии врожденно-слабоумия и, главное, к определению экспертами глубины умственного дефекта в сопоставлении со способностью таких лиц усваивать морально-нравственные нормы и социально-значимого в обществе стереотипа поведения [6].

СПЭ олигофрении лиц в форме дебильности сложна, так как далеко не так очевидны глубина их умственной неполноценности, интеллектуально-волевая недостаточность, неспособность осознать фактический характер и общественную опасность своих деяний (бездействия) и руководить ими. При установлении этого факта страдающие дебильностью признаются невменяемыми, а при совершении лицами с дебильностью ООД, отражающих реальные события и принятые ими решения, которые исходили из понимания противоправности и возможности последующего наказания, признаются судом вменяемыми.

Всё вышесказанное определяет необходимость строгого контроля поведения страдающих олигофренией со стороны всех заинтересованных в соблюдении правопорядка лиц.

Таким образом, характер психических процессов у больных олигофренией представляют собой «благоприятную почву» для совершения ООД, особенно в провоцирующей к этому ситуации. Грубые снижения интеллекта исключают возможность произвольного продуктивного волевого контроля человека за своим поведением, способность рационально его планировать и предвидеть результаты действий, которые часто могут вступать в противоречие с законом [4].

В судебно-психиатрической практике нередки случаи, когда больные олигофренией пытаются утяжелить (агравировать) своё слабоумие, что создаёт определённые трудности при проведении судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ). Об этом ещё в 1894 году А. В. Говсеев писал: «Пародоксальный факт, когда действительно слабоумие при случае симулирует слабоумие...». При вынесении решения судебные психиатры-эксперты всегда имеют учитывать тот факт, что более грубая и наигранная аггравация или симуляция отражают более глубокую выраженность слабоумия [2].

При решении вопроса о дееспособности лиц с олигофренией специалисты СПЭ признают недееспособными и нуждающимися в опеке всех испытуемых с диагнозом олигофрении в случаях глубокой дебильности, в стадиях идиотии и имбецильности. Подэкспертные с более лёгкими степенями дебильности при принятии экспертного решения признаются, как правило, дееспособными. Этими же признаками судебные психиатры-эксперты руководствуются при экспертизе больных олигофренией, выступающих в судебном процессе в качестве свидетелей и потерпевших.

Важно помнить, что ООД больных олигофренией часто сочетаются с агрессией. Их агрессия является неотъемлемой частью совершаемых деликвентных

действий и возникает как результат сложного взаимодействия неблагоприятных биологических и социально-психологических процессов в онтогенезе. Профилактика агрессии больных олигофренией может осуществляться посредством коррекции влияющих на них социально-психологических факторов.

Выводы

1. Патопсихологические особенности больных олигофренией создают предпосылки для совершения ими ООД (завышенная самооценка, отсутствие должной критики к себе и окружающим, конкретность мышления и отсутствие способности к абстрагированию, эмоциональная лабильность со склонностью к злобно-гневливым аффектам, повышенная внушаемость, утрата способности правильно планировать, контролировать и предвидеть результаты своих действий, формирование устойчивых, в лучшем случае, бытовых навыков и невозможность формирования высоких нравственных категорий, должных моральных принципов и этических норм социального поведения, необходимость внешней поддержки в социальной адаптации и др.).

2. Судебно-психиатрическая оценка больных олигофренией неоднозначна, определяется глубиной нарушения психических процессов и требует комплексного подхода с учётом особенностей личности подэкспертных и всех представленных на экспертизу данных.

3. Профилактические мероприятия противоправных действий больных олигофренией должны включать усилия всех заинтересованных служб (работников органов внутренних дел, здравоохранения, образования, социального обеспечения, местной исполнительной власти и др.), проводиться в строгом соответствии с законодательством и не ущемлять прав больных, которые и без того «обижены Богом» или «одержимы Дьяволом» и нуждаются в нашей помощи и поддержке.

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

Поступила 17.10.2015 г.