

Б.Д. Менделевич, В.Д. Менделевич, К.К. Яхин

**ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ТЯЖЕСТЬЮ И НАПРАВЛЕННОСТЬЮ АГРЕССИВНОГО ПРОТИВОПРАВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ НА ПОЧВЕ РЕВНОСТИ И КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

*Казанский государственный медицинский университет,  
Казанская психиатрическая больница специализированного типа  
с интенсивным наблюдением МЗ РФ*

Реферат. Приведены результаты клинко-психопатологического исследования 80 психически больных, совершивших правонарушения на почве ревности. Установлена связь психопатологических особенностей клинической картины заболевания с характером, тяжестью и направленностью агрессии. Описаны специфика отношения к адюльтеру, особенности принятия решения о противоправных действиях в зависимости от ведущего психопатологического синдрома и его нозологической принадлежности. Наиболее значимым параметром является структура психопатологического синдрома, а не нозологическая его принадлежность.

*Б. Д. Менделевич, В. Д. Менделевич, К. К. Яхин*

ПСИХИК АВЫРУЛАРНЫҢ КӨНЛӨШҮЕ ҺӘМ ЧИРЛӘРЕНЕҢ КЛИНИК-ПСИХОЛОГИК ҮЗЕНЧӘЛЕКЛЕ БУЛУЫ НИГЕЗЕНДӘ МОНДЫЙ КЕШЕЛӘР ЧИРЕНЕН АВЫРЛЫҒЫ ҺӘМ ҮЗ-ҮЗЕН ТОТЫШЫНДА ХОКУК ТӘРТИБЕН АГРЕССИВ БОЗУ КҮРЕНЕШЛӘРЕ АРАСЫНДА ҮЗАРА БӘЙЛӘНЕШ

Көнләшү сәбәплә, хокук тәртибән бозган 80 психик авыруның клиник-психопатологик нәтижәләре китерелгән. Чирнең клиник үзенчәлекләре картинасының психопатологик үзенчәлекләренәң характеры, агрессиянең авырлыгы һәм юнәлешле икәнлегә арасында бәйләнеш булуы билгеләнгән. Адюльтерга мөнәсәбәтнең үзенчәлекле, төп психопатологик синдромга һәм аның нозологик булуына бәйләнешле рәвештә хокук тәртибән бозу турында карар кабул итү үзенчәлекләре баян ителгән. Эһәмиятле параметр булып психопатологик синдром структурасы тора, ә аның нозологик булуы андый түгел.

*B.D. Mendelevich, V.D. Mendelevich, K.K. Jakhin*

CORRELATION BETWEEN SEVERITY OF DISEASE, AGGRESSIVE ILLEGAL BEHAVIOR OF MENTAL PATIENTS, FEELING JEALOUS AND CLINICO-PSYCHOPATHOLOGICAL PECULIARITIES OF THE DISEASE

The results of clinico-psychopathological study of 80 mental patients are given. The above mentioned patients made offence on the ground of jealousy. The correlation was established between psychopathological peculiarities of the disease clinical symptoms and severity and direction of aggression. Some specific facts in relation to adultery, peculiarities of decision-making for doing offence were described; and they depended on the main psychopathological syndrome and its nosology. It was found that the most significant parameter is the structure of psychopathological syndrome, but not its nosologic belonging.

Опасные действия психически больных представляют собой значительную проблему как в социальном, так и в психиатрическом отношении [2]. Оба эти аспекта тесно переплетаются между собой, когда речь заходит об агрессивных действиях психически больных с посягательством на жизнь граждан. Основной теоретический вопрос при этом заключается в том, насколько клинические проявления болезни влияют на появление агрессивного поведения душевнобольных, выбор направленности и характер агрессии.

Паранойяльный синдром, являющийся важнейшей формой первичного бреда и считающийся наиболее опасным в плане появления агрессивных тенденций у пациентов, издавна занимал в психиатрических исследованиях центральное место, отождествлялся с “сумасшествием”, длительное время расценивался как самостоятельное душевное расстройство. Подобные оценки включали вполне естественно и бред ревности как один из значимых и распространенных вариантов паранойяльного синдрома. Вопрос о нозологической принадлежности патологической ревности не исчерпан до настоящего времени. Так, среди психических заболеваний, при которых может наблюдаться бред ревности, Н.Моней [цит. по 6] называл алкоголизм, наркомании, органические заболевания головного мозга, эпилепсию, олигофрению, психозы позднего возраста. М.Шеперд [цит. по 9] описывал бред ревности у больных с интоксикационными и органическими психозами, алкоголизмом, наркоманиями, органическими церебральными заболеваниями, а также шизофренией, маниакально-депрессивным психозом. В литературе затрагивается вопрос и о “криминогенности” бреда ревности при различных нозологических формах [6]. О возрастающем значении бреда ревности в клинике различных

**ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ТЯЖЕСТЬЮ И НАПРАВЛЕННОСТЬЮ АГРЕССИВНОГО ПРОТИВОПРАВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ НА ПОЧВЕ РЕВНОСТИ И КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

психических заболеваний упоминается в работах [1, 3, 4, 5, 9, 10] ряда отечественных и зарубежных ученых. Однако агрессивное поведение психически больных на почве ревности не исчерпывается базой паранойального синдрома. Известно, что противоправные деяния больного, обусловленные предполагаемым адюльтером, могут быть основаны на галлюцинаторном, дементном и некоторых других психопатологических синдромах.

Целью настоящего исследования являлось изучение корреляций между тяжестью и направленностью агрессивного противоправного поведения психически больных на почве ревности и клинико-психопатологическими особенностями их расстройств и заболеваний.

Нами обследованы 80 психически больных, совершивших преступления на почве ревности. Все они были мужчинами в возрасте от 23 до 69 лет, с длительностью заболевания от одного года до 26 лет, совершившими убийства (53 чел.), нанесение тяжких и легких телесных повреждений (соответственно 19 и 8 чел.). Все больные были обследованы в стационаре Казанской психиатрической больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением МЗ РФ в периоде их нахождения на принудительном лечении (табл. 1).

Ведущими синдромами при совершении общественно опасных действий были паранойальный (13,8%), параноидный (67,5%), галлюцинаторный (15,0%) и дементный (3,8%).

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от диагноза

Диагноз	Абс.	%
Шизофрения параноидная	51	63,75
Алкогольный галлюциноз	6	7,5
Алкогольный параноид	10	12,5
Органический психоз	8	100
Эпилептический психоз	4	5,0
Олигофрения	1	1,25

По направленности агрессивных действий больные были распределены следующим образом (табл. 2): а) агрессия, направленная на жену (сожительницу); б) только на третьих лиц (в том числе "любовников" жены); в) как на жену (сожительницу), так и на третьих лиц ("расширенная агрессия").

Как видно из табл. 2, наиболее тяжкие преступления, связанные с бредом ревности, заканчивавшиеся убийством, совершали больные с алкогольными психозами (100%), эпилептическими психозами (100%) и шизофренией (52,9%). У 7,5% больных галлюцинаторный синдром (в рамках шизофрении) носил характер императивных галлюцинаций в структуре синдрома Кандинского—Клерамбо. Именно "голоса" задолго (в 83,3% случаев) сообщали мужу об изменах жены. Некоторые больные слышали "перешептывание любовников", "иронические замечания и насмешки соседей" и т.д. Ко времени совершения преступления у 66,7% больных полностью созрела идея расправиться с неверной

Таблица 2

Зависимость тяжести совершенного криминала, направленности агрессии и событий, предшествующих криминалу от диагноза и ведущего психопатологического синдрома

	Всего		Диагноз										Синдром									
			шизофрения		алкогольный галлюциноз		алкогольный параноид		органический психоз		эпилептический психоз		олигофрения		паранойальный		параноидный		галлюцинаторный		дементный	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<b>Криминал</b>																						
убийство	53	66,3	27	52,9	6	100	9	90,0	6	75,0	4	100	1	100	4	36,4	38	70,4	10	83,3	1	33,3
тяжкие телесные повреждения	19	23,7	17	33,3	0	0	1	10,0	1	12,5	0	0	0	0	1	9,1	15	27,8	2	16,7	1	33,3
легкие телесные повреждения	8	10,0	7	13,8	0	0	0	0	1	12,5	0	0	0	0	6	54,5	1	1,8	0	0	1	33,3
<b>Направленность агрессии</b>																						
на жену (сожит-цу)	64	80,0	38	74,5	5	83,5	10	100	6	75,0	4	100	1	100	11	100	42	77,8	8	66,7	3	100
на третьих лиц	6	7,5	4	7,8	0	0	0	0	2	25,0	0	0	0	0	0	0	6	11,1	0	0	0	0
расширенная агрессия	10	12,5	9	17,7	1	16,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	11,1	4	33,3	0	0
<b>События, непосредственно влияющие на факт криминала</b>																						
скандалы, ссоры	59	73,8	37	72,5	1	16,7	8	80,0	8	100	4	100	1	100	11	100	33	61,1	12	100	3	100
обострение иной психопатологической симптоматики	21	26,2	14	27,5	5	83,3	2	20,0	0	0	0	0	0	0	0	0	21	38,9	0	0	0	0

супругой и ими готовился соответствующий план. Мысли о том, чтобы избежать уголовного наказания, ни в одном из случаев больных с шизофренией не было. После совершения преступления больные не старались скрыться, “замести следы”, обычно они оставались на месте преступления (квартира, дача). В двух случаях больные нападали как на жену, так и на ее мнимого любовника. Еще в двух случаях больные пытались покончить с собой тем же способом, что и убийство (нож, топор). В одном случае больной совершил убийство сожительницы и ее трех детей.

Иная картина наблюдалась при галлюцинаторном синдроме в рамках алкогольного психоза. Вербальные галлюцинации были истинными, “слышались” из реального пространства (из других комнат, квартир, улицы). Обычно 66,7% больных слышали от 2 до 5 “голосов”, которые обсуждали план причинения физического вреда больному и его устранения. Как обязательный участник “этих переговоров” присутствовала жена (сожительница). В “разговорах” обсуждались способ и время “устранения” больного, что подтверждалось у трех больных наличием обонятельных и вкусовых галлюцинаций (идеи отравления). Не дожидаясь выполнения “задуманного”, больные сами нападали на жену (сожительницу). Таким образом в основе гомицида у обследованных больных лежал страх за свою жизнь и здоровье. После совершения преступления в трех из четырех случаях “голоса” неожиданно прекращались, больной понимал, что совершил акт агрессии, пытался убежать, спрятаться, скрыть орудия преступления. Во всех случаях алкогольного психоза (за исключением “белой горячки”), иногда за несколько дней, а иногда за несколько недель (в одном случае — за несколько месяцев) больные высказывали идеи ревности, угрозы в адрес жены (сожительницы), “если она не перестанет гулять”. В острых случаях идеи ревности носили бурный, но скоропреходящий характер.

В рамках паранойяльного синдрома при шизофрении и алкогольном параноиде криминалистическая ситуация развивалась иным образом. Обычно за много месяцев и лет у больных постепенно формировались идеи ревности, которые сначала носили аморфный характер, затем четко очерченный, с конкретными действующими лицами. При алкогольном параноиде это были сослуживцы жены (сожительницы), соседи по подъезду и лестничной клетке. При шизофрении

в качестве мнимых любовников могли выступать и близкие родственники (в одном случае — 14-летний племянник).

В структуре параноидного синдрома, кроме бредовых идей ревности, имели место слуховые истинные и псевдогаллюцинации, идеи воздействия, овладения, открытости, в ряде случаев — сформировавшийся синдром психического автоматизма. Именно параноидный синдром наблюдался среди обследованных нами больных наиболее часто (в 54 случаях из 80). В структуре параноидного синдрома бредовые идеи ревности далеко не всегда были на первом месте в начале заболевания. У 23 больных в начале формировались идеи преследования, воздействия. Число лиц, включенных в бред, постепенно расширялось, больные лечились в психиатрических больницах, в состоянии ремиссии чувствовали себя хорошо, 32 человек продолжали работать. Лишь во втором-третьем приступе болезни (при приступообразно-прогредиентном типе течения) складывались бредовые идеи ревности. Как показывали наши исследования, обстановка в семье нарушалась задолго до формирования бредовых идей ревности, возникали длительные и частые конфликты, связанные нередко с непониманием жены (сожительницы) болезненных симптомов, приводивших к слабости, вялости, бездеятельности больного. В периоде новых обострений продолжавшиеся скандалы наводили больного на мысль (а в 15 случаях об этом прямо говорили жены) о сексуальной неудовлетворенности супруги. В 19 случаях это “объяснение” больному “подсказывали голоса”. Несмотря на повторные курсы лечения в психиатрических больницах и значительное улучшение психического состояния в межприступном периоде, идеи ревности, хотя и не так выражено и открыто, сохранялись у большинства больных.

Параноидный синдром лишь в одном нашем наблюдении возник относительно остро (в течение двух-трех недель). Этому предшествовала неблагоприятная семейная обстановка. У семи больных идеи ревности формировались постепенно и при нарастающей деменции приобретали нелепый характер. Не менее чем за шесть-восемь месяцев до совершения преступления бредовые идеи ревности приобретали стойкий, непреходящий характер. В шести случаях, несмотря на частые угрозы, убийство не планировалось. Криминальные действия возникали импульсивно, после

очередного скандала. После совершения гомицида больные раскаивались в содеянном, трое из них сами вызвали милицию или явились в отделение внутренних дел. Лишь в двух случаях систематические, многомесячные угрозы сопровождались избиениями, причинением телесных повреждений, однако жертвы в милицию не обращались. Преступления в этих случаях были “логическим” завершением постоянных угроз и побоев.

Особняком стоят больные с эпилептическими психозами. Таких больных в наших наблюдениях было четверо. Длительность эпилептической болезни исчислялась многими десятилетиями (от 8 до 22 лет). Несмотря на нарастающие, специфические изменения личности (тугоподвижность, злопамятность и др.), больные длительно сохраняли трудоспособность, создавали семьи, имели детей. Из анамнеза было известно, что у двух больных идеи ревности наблюдались с молодых лет и сначала проявлялись как нормальная ревность. У двух других больных идеи ревности стали развиваться при нарастании интеллектуальных расстройств. У всех четырех больных не менее чем за один год до совершения преступления уже окончательно, полностью были сформированы бредовые идеи ревности. Преступления, совершенные больными с эпилептическими психозами, были тщательно организованы, подготовлены. Также заранее были спланированы доказательства личной невиновности (алиби) больных. Сам криминал отличался жестокостью (множественные ножевые ранения, расчленение трупа). Во всех случаях наблюдалось сокрытие орудий преступления и трупа (поджог, утопление и закапывание частей тела). В одном случае больной после удушения жертвы имитировал самоповешение. Будучи разоблаченными и привлеченными к уголовной ответственности, больные переставали скрывать мотивы совершенного преступления и утверждали, что они “об этом не жалеют”, что жертвы “этого заслуживали”. Бредовые идеи ревности сохранялись и в процессе принудительного лечения.

В группу органических психозов вошли 8 больных с посттравматической и сосудистой энцефалопатией, осложненной многолетней алкоголизацией, однако ни у одного из них признаков абстинентного синдрома не наблюдалось. У трех больных причиной органического поражения головного мозга были

сосудистые изменения головного мозга (атеросклероз, гипертоническая болезнь). У пяти больных в анамнезе имелись указания на тяжелые черепно-мозговые травмы. У всех больных энцефалопатический синдром был подтвержден неврологическими и параклиническими данными.

Как видно из табл. 2, по тяжести совершения преступления под воздействием бредовых идей ревности лишь восемь из восьмидесяти человек нанесли своим жертвам легкие телесные повреждения, тогда как в остальных случаях целью криминала было убийство. В случаях с легкими телесными повреждениями жертвы своевременно при первых же скандалах и побоях обращались за помощью в органы внутренних дел.

Представляет большой теоретический и практический интерес направленность агрессивных действий у обследованных психически больных. Под направленностью агрессии мы подразумеваем действие совершенное как в отношении лица, “измена” которого не подлежит сомнению, с точки зрения больного, так и в отношении других лиц, связанных с ним. Оказалось, что между направленностью агрессии как на юридически зарегистрированную жену, так и на сожительницу разницы нет (соответственно 58,4% и 41,2%). Как вытекает из наших наблюдений, направленность агрессии и ее реализация не была связана непосредственно с диагнозом заболевания. В значительно большей степени она была обусловлена психопатологическим синдромом. Убийства (или нанесение тяжких телесных повреждений) чаще всего совершались при параноидном синдроме в отношении жены или сожительницы (77,8%).

Кроме непосредственной агрессии на объект ревности в наших наблюдениях было шесть больных (все с параноидным синдромом), у которых противоправные действия были направлены только на третьих лиц. Среди этих преступлений были убийства двух детей, которых больные считали “нажитыми от любовников”, подруги жены, которая в рамках бреда ревности выступала как “колдунья” и “в сговоре с женой пыталась отравить” супруга. В трех случаях агрессия была направлена против “любовников” жены. Во всех шести случаях агрессия завершилась убийством. Криминальные действия имели подготовительный этап, с длительными (многомесячными) выяснениями отношений, угрозами, с требованиями провести генетические исследования для подтверждения своей правоты.

В десяти случаях из восьмидесяти агрессия носила расширенный характер, которой подвергались как непосредственно объект ревности, так и третьи лица (предполагаемый любовник и дети). Как и в случаях агрессии только на третьих лиц, больные длительно вынашивали план преступления, устраивали “слезку”, “допросы”, избиения с требованиями “рассказать всю правду”. Непосредственным толчком к совершению агрессивных действий в трех случаях послужили комментирующие вербальные галлюцинации в рамках синдрома Кандинского—Клерамбо. Еще у одного больного наблюдался изолированный алкогольный галлюциноз, который привел к агрессии. И у шести больных к противоправным действиям привели стойкие параноидные идеи ревности.

Как видно из табл. 2, перед совершением криминальных действий наблюдались события, непосредственно повлиявшие на сам факт криминала. Наиболее часто (в 59 случаях) это были ссоры, скандалы, драки, возникавшие в результате систематических угроз и “допросов”, в ходе которых больные совершали преступные деяния. Причиной скандалов чаще всего были необоснованные претензии к жертве. Более чем в половине этих случаев (39 из 59) роковой скандал был инициирован непосредственно жертвой в ответ на многомесячные (многодневные) претензии. В остальных случаях, в том числе у всех больных с ведущим параноидальным синдромом, скандалы провоцировались самими больными.

У 21 больного (все с параноидным синдромом) криминалу предшествовало обострение иной психопатологической симптоматики (галлюцинации, аффект страха). Наряду со стойкими бредовыми идеями ревности у больных обострялись идеи преследования и воздействия. Они были убеждены, что жена (сожительница) в сговоре со своими “любовниками” пытается лишить его жизни. В качестве предупредительной меры и защиты больные совершали преступные

действия (в одном случае — “расширенное убийство”). У четырех больных с ведущим галлюцинаторным синдромом к криминалу привело обострение императивных галлюцинаций.

Таким образом, проведенное исследование позволяет констатировать зависимость между тяжестью и направленностью агрессивного противоправного деяния психически больных на почве ревности и клинко-психопатологическими особенностями их расстройств и заболеваний. Наиболее значимым параметром оказалась структура психопатологического синдрома, а не нозологическая его принадлежность. Как было показано в предыдущих публикациях [7, 8], значимыми следует считать также некоторые личностные и характерологические особенности больных, в частности ценностные ориентации и нравственные установки.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Антонян Ю.М., Гульдан В.В. Криминальная патопсихология. — М., 1991.
2. Дмитриева Т.Б. Руководство по социальной психиатрии. — М., 2001.
3. Иванец Н.Н.//Тезисы докладов III Всероссийского съезда невропатологов и психиатров — М., 1974 — С.192—194.
4. Калинина Н.П. Патологическая ревность. — М., 1978.
5. Козлова А.М.// Журнал неврол. и психиатр. им Корсакова. — 1984. — Т.84. — Вып.8. — С. 1209—1213.
6. Котов В.П. Патологические идеи ревности. — М., 1977.
7. Менделевич В.Д., Менделевич Б.Д. Материалы юбилейной научно-практической конференции “Социальная и судебная психиатрия” — М., 1996. — С. 133—136.
8. Менделевич В.Д., Менделевич Б.Д. Материалы II Международной научной конференции “Серийные убийства и социальная агрессия” — Ростов-на-Дону, 1998 — С. 167—169.
9. Терентьев Е.И. Бред ревности. — М., 1992.
10. DeSteno, D.A., & Salovey P.// Evolutionary origins of sex-differences in jealousy? Questioning the “fitness” of the model. Psychological Science. — 1996. — Vol. 7. — P. 367—372.

Поступила 04.02.02.