

Комитет по здравоохранению
Администрации Санкт-Петербурга
Городская психиатрическая больница 6
(стационар с диспансером)
Отделение судебно-психиатрической экспертизы
(нестражное),
193167, СПб, Обводный канал, д.9

ЗАКЛЮЧЕНИЕ КОМИССИИ
СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТОВ
от 06.02.2006 года N3/50
*первичная стационарная комплексная
судебная психолого-психиатрическая экспертиза
[с комментариями Григорьева Евгения Александровича]*

на ГРИГОРЬЕВА ЕВГЕНИЯ АЛЕКСАНДРОВИЧА, 1953 года рождения, обвиняемого по ст. 30 ч. 1, ст. 105 УК РФ (попытка убийства).

проведена в составе:

члена комиссии ЛЕОНОВОЙ Э.А.

образование: _высшее, врач [врач???- это у психиатров бред величия - за 11 с лишним лет я не видел ни одного вылеченного пациента, как у настоящих врачей-специалистов] судебно-психиатрический эксперт,

стаж работы: 6 л ,

занимаемая должность: зав. отделением, категория: 2

подпись:

члена комиссии ШЕШЕНИНОЙ Н.А.

образование: высшее, врач [???] судебно-психиатрический эксперт,

стаж работы: 2 года,

подпись:

члена комиссии БЕЗВЕРШЕНКО М.В.

образование: высшее, специальность: судебно-психологический эксперт,

стаж работы: 7 лет, занимаемая должность. судебно-психологический эксперт;

подпись:

докладчика ФАДДЕЕВА В.В,

образование: высшее, врач [???] судебно-психиатрический эксперт, стаж работы: 40 лет, категория: высшая

подпись:

на основании постановления судьи Ломоносовского федерального суда г.СПб Бахметьевой А.Ю. от 07.12.2005 г.

На разрешение экспертов поставлены следующие вопросы (в редакции судьи):

1. Страдал ли Григорьев Е.А. в момент инкриминируемого ему деяния каким-либо душевным заболеванием, если страдал, то каким именно?
2. Лишало ли это душевное заболевание Григорьева Е.А. способности отдавать отчет в своих действиях или руководить ими в момент инкриминируемых ему деяний?
3. Страдает ли Григорьев Е.А. каким-либо душевным заболеванием в настоящее время, если страдает, то каким именно?
4. Является ли душевное заболевание Григорьева Е.А. временным и лишаящим его способности, в настоящее время, отдавать отчет в своих действиях и руководить ими?
5. Нуждается ли Григорьев Е.А. в принудительном лечении?
6. Каковы особенности личности подсудимого Григорьева Е.А.?

Об ответственности по 307 УК РФ эксперты предупреждены.
Подписи экспертов: ЛЕОНОВА Э.А.

ШЕШЕНИНА Н.А.
БЕЗВЕРШЕНКО М.В.
ФАДДЕЕВ В.В.

По данному делу подэкспертный был ранее амбулаторно освидетельствован 17.11.05г. (заключение комиссии экспертов № 3085), где вопросы о его психическом состоянии решены не были.

На экспертизу в нестражное отделение ССПЭ ГПБ № 6 (стационар с диспансером) подэкспертный поступил 11.01.2006г.

Сведения о ходатайствах, заявленных экспертами: допросы по личности подэкспертного свидетелей Жоголь С.Н., Рысь А.Г., Канцеров А.И. Результаты рассмотрения: запрошенные протоколы допросов не представлены

Из материалов уголовного дела (№ 1-139 в 1 томе), медицинской документации (акт АСПЭ № 3083 от 17.11.03[???]г.) и со слов подэкспертного известно следующее.

При проведении экспертизы использованы методы клинико-психопатологического исследования (анамнез *[совокупность сведений, получаемых при медицинском обследовании путём расспроса самого обследуемого и/или знающих его лиц]*, катанез *[вся медицинская информация о пациенте, собираемая однократно или многократно по окончании первичного наблюдения над ним. Катанез составляют после выписки из стационара]*, медицинское наблюдение, клиническая беседа *[два раза по 7-10 минут, но как говорит русская народная мудрость, «Чтобы узнать человека, надо с ним пуд (16 кг) соли съесть»]*, описание психического состояния, анализ имеющихся симптомов психических расстройств в сочетании с анализом данных сомато-неврологического состояния, а также данных лабораторных, инструментальных и экспериментально-психологических методов исследования).

Родился в г. Брянске, средний из 3-х детей. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. В школу пошел с 7 лет, закончил 10 классов общеобразовательной школы и техникум связи. По характеру сформировался замкнутым *[бездоказательная, ни на чём не основанная ложь, оговор]*, склонным к теоретическим построениям, малообщительным *[бездоказательная, ни на чём не основанная ложь, оговор]*. Служил в армии с 1973г. по 1975г. в войсках ВВС, телефонистом на радиолокационной станции. После армии работал инженером и учился заочно в ЛЭТИ *[на вечернем отделении, учился, работал, обеспечивал семью – жену и сына]*. Окончил институт в 1981 г *[1983]*. Работал в различных организациях инженером до 1997г. Был женат с 1977г. по 1981 г. От брака имеет сына 28 лет. Отношения с сыном не поддерживает *[ложь, телефон сына, Григорьева Анатолия Евгеньевича +79164847997]*. Проживает с сожительницей. По показаниям Максимовой И.А. (л.д. 77-79) «... по характеру Григорьев Е.А. достаточно добрый, хороший человек... он человек с четкой жизненной позицией, т.е. он подразделяет все на «черное» и «белое»... То, что его не устраивает, он воспринимает жестко, т.е. принимает меры, которые считает необходимыми». Перенесенные заболевания: с 1977г. лечился по поводу кардионевроза, в 1984г. - по поводу сотрясения головного мозга, бронхита, гастрита. В 1999г. лечился стационарно по поводу панкреатита. С 2004г. - у терапевта по поводу ишемической болезни сердца, атеросклеротического кардиосклероза, аритмии. Наркотики не употребляет. Алкогольные напитки употребляет в небольшом количестве. Запой, опохмеление отрицает. На учете у психиатра, нарколога не состоит (справка в деле). Судим дважды в 1982 по ст. 206 ч. 2 УК РФ осужден на 1 г. 6 месяцев условно; в 1993г. по ст. 112 ч. 2 УК РФ, приговорен к штрафу. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. 18.03.05г. в период с 15.00 до 16.25, Григорьев Е.А., находясь в состоянии алкогольного опьянения *[аффекта, и что-то довело меня до такого состояния]*, в ходе конфликта, нанес несовершеннолетней *[15 лет 11 месяцев и две недели, исключённой в 14 лет из школы «за*

непристойное поведение»] Лебедевой Е.В. не менее 6 ударов кухонным ножом в переднюю поверхность грудной клетки, причинив последней резаные раны правой кисти, правого плеча (4), левой подключичной области, которые по признакам расстройства здоровья расцениваются, как «легкий вред здоровью». По данному факту возбуждено уголовное дело. В объяснении (л.д. 21) и протоколе допроса (л.д. 39-41), потерпевшая Лебедева Е.В. показала, что 18.03.05г. она с приятелями находилась между 3-4 этажами *[1-2 этажами]* парадной, «минут через 10 поднялся мужчина ... в состоянии алкогольного опьянения *[экспертизой, которая была сделана на следующий день - не доказано]* ... что-то говорил ... я не обращала внимания... Потом сказал: «А не боишься умереть через 10 минут?» и спустился ... в кв. 72 *[такой квартиры в подъезде нет]* ... услышала голос ... спросил: «Ты куда?». В ответ мужской голос ответил: «Я не успокоюсь пока не перережу этих ...» ... увидела как по лестнице поднимается (Григорьев) ... мы бросились вверх с Кружковым ... стояли на площадке последнего этажа ... мужчина стоял и размахивал ножом ... Кружков ударил его доской ... я была в шоке от происходящего ... Мужчина стал нападать на меня и ударил ножом в грудь ... потом еще несколько раз ... я отмахивалась ... кричала о помощи ... не помню, как удалось пробежать вниз мимо него... Он побежал за мной. Мне удалось вбежать в квартиру и захлопнуть дверь (Григорьев) наносил удары в дверь ... перерезал провода дверного звонка... ». По показаниям Медведевой М.Ю. (л.д. 70-71) «... сверху по лестнице сбежала Лебедева ... в квартиру ... захлопнула дверь ... за ней (Лебедевой) сбежал (Григорьев Е.А.), который стал звонить в квартиру... Ему не открывали ... он (Григорьев Е.А.) с разбега стал бить ногой в дверь ... Потом ножом перерезал провода дверного звонка... (позднее) рассказала Лебедевой, что Евгений просил нож, но я ему не дала... Соседа видели в таком состоянии *впервые [впервые!!! за много десятилетий]*... он выглядел возбужденным и агрессивным... » *[не пьяным]*. В протоколе допроса обвиняемого (л.д. 45-47) Григорьев Е.А. показал, что был на дне рождения. Употребил спиртные напитки *[50 гр. коньяка – менее 0.16 промилле, что разрешено даже водителям за рулём]*. В своем подъезде встретил группу «известных мне малолетних правонарушителей, которые в прошлом году избили меня на пороге моей квартиры ... Они пили, курили, громко разговаривали *[очевидно, что, как всегда, были под воздействием наркотиков, которые покупали у моего соседа по лестничной площадке]*... сделал замечание... девушка ударила (меня) ногой в пах... ногой по ноге *[смотри справа экспертизы в деле]*... остальные ребята выглядели агрессивно... испугался... достал кухонный нож, который ношу с собой в целях самообороны... этим ножом я нанес несколько ударов в руку девушке... с целью защитится от них... это остановило нападающих... они разбежались... я убрал нож... поднялся в квартиру... пошел посмотреть как самочувствие у девушки, которую ударил ножом... Девушку я убивать не хотел... и сделал это в целях самообороны... хотел воздействовать психологически... Я прекрасно понимал, что я сделал, и что за этим может последовать...». По показаниям Максимовой И.А. (л.д. 77-79), « ... 18.03.05г. ... Григорьев Е.А. выпил рюмку коньяка *[50 гр. коньяка – менее 0.16 промилле, что разрешено даже водителям за рулём]*... по внешнему виду он находился в состоянии легкого алкогольного опьянения...». Согласно обзорной справке (л.д. 123) «... Григорьев Е.А. ведет антиобщественный образ жизни, злоупотребляет спиртными напитками... Склонен к совершению преступлений... *[бездоказательная ложь, опросить тогдашнего участкового Моисеенко – я с ним сотрудничал]*». С 12.09. по 14.09.05г. подэкспертный находился на лечении в Николаевской больнице (и/б N10414), с диагнозом: «Посттравматическая энцефалопатия». Поступил с жалобами на головные боли, раздражительность, вспыльчивость *[бездоказательная ложь]*, приступы гневливости *[бездоказательная ложь]*. Ухудшение состояние около 3-х месяцев назад, после стресса *[бездоказательная ложь]*. Описывается в неврологическом статусе - рассеянная микросимптоматика. АД 150/80 мм. рт. ст. На следующий день. 13.09.05г. самовольно покинул больницу. Выписан. В рамках данного дела прошел АСПЭ (акт № 3085 от 17.11.05г.). В начале беседы спокоен, адекватен. Нарушений памяти не выявил. Мышление резонерское¹ *[выше сказано «...замкнутый, необщительный» - откуда пустая многословность?]*, паралогичное² *[бездоказательная ложь, где стремление во что бы то ни стало доказать свою исключительность (в чём?) и правоту во всем (в чём во всё?)]*.

Инкриминируемое деяние не отрицает, говорит, что «защищался от подростков». Эмоционально монотонный. Комиссия решения не приняла и рекомендовала проведение ССПЭ для клинического наблюдения и параклинического обследования. При настоящем комплексном исследовании в стационаре ГПБ №6 выявлено следующее. СОМАТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ. В анамнезе острый панкреатит, аппендэктомия. подэкспертный среднего роста, правильного телосложения, достаточного питания. Кожа и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Пульс ритмичный, хорошего наполнения, 74 удара в минуту. Артериальное давление - 130/80 мм.рт.ст. Тоны сердца чистые, ясные. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого - отрицательный. Дисфункции кишечника нет. Анализы крови, мочи, кала - без указаний на патологию. Реакция Вассермана в крови (на сифилис) - отрицательная. ЭКГ (№ 117) — умеренная синусовая брадикардия. ЧСС - 56 уд. в мин. Неполная блокада правой ножки п. Гиса. R-графия органов грудной клетки - (Ns 86) без патологических изменений. МРТ (от 15.09.05г.) — признаки дисциркуляторной энцефалопатии с наличием небольшой внутримозговой гипертензии. По позвоночным артериям кровотоки снижены. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ТЕРАПЕВТА: гипертоническая болезнь 2 ст. НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ. В 1984г. черепно-мозговая травма, лечился в НИИ Нейрохирургии Киева. В 2003г. и в 2005г. повторные ЧМТ без потери сознания. Весной 2005г., со слов, появились состояния «отключения» (клинически не подтверждено). Обследовался в ДЦ ЗЧ 1. Беспокоят головные боли. Зрачки округлой формы, s>d, ограничения движений глазных яблок и нистагма нет. Сглажена правая носогубная складка. Язык по средней линии. Глубокие рефлексy живые, d>s. Патологических знаков нет. В позе Ромберга устойчив, пальце-носовую пробу выполняет с интенцией [т.е. правильно] с обеих сторон. На рентгенограмме черепа в 2-х проекциях (ЗГ2100) - усиление диплоидных вен в теменной области слева, слева в височной области расширение височно-теменного шва. Турецкое седло обычной формы. ЭЭГ (от 16.01 .Обг.) — умеренно выраженные диффузные изменения БЭА с явлениями легкой дисфункции срединных структур мозга диэнцефального уровня. ЗАКЛЮЧЕНИЕ °НЕВРОПАТОЛОГА: последствия повторных ЧМТ, арахноидит головного мозга. Энцефалопатия 2 ст. Гидроцефалия. Пароксизмальный синдром? ЗАКЛЮЧЕНИЕ ОКУЛИСТА: гиперметропия слабой степени обоих глаз. ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ. Сознание ясное. Верно ориентирован в месте., времени и личности: Фон настроения ровный, без тревожно-депрессивной окраски. Цель СПЭ осмысливает правильно; считает себя психически здоровым. В беседу вовлекается легко, но держится несколько напряженно [первый раз в психушке – любой здоровый человек испугается и будет напряжён]. Обстоятельства деликта [происшедшего] изложил последовательно, без запямятования, сухо, без сожаления и сочувствия к потерпевшей [нападавшей]. Свои действия объяснил намерением «оказать психологическое давление на подростков... убивать кого-либо из них не собирался, ведь я знаю анатомию, т.к., когда-то в деревне приходилось резать скотину... ». Убежден, что уголовное дело против него сфабриковано в целях преследования: «потерпевшая и следователь в сговоре ...потому что они одного возраста ... видел как она (потерпевшая) садилась к нему в машину... это же подтверждает факт отказа в возбуждении уголовного дела на подростков, которые хулиганят в парадной». Говорит, что: «за собой замечал слежку [грубая, бездоказательная ложь] ... поэтому для самообороны, ношу с собой нож ... никого не боюсь ... уже принял превентивные меры: заключил, через нотариуса, договор с опекунами [грубая, бездоказательная ложь – никаких опекунов не было], написал завещание, ... завещал, в случае чего, тело придать огню и развеять прах, чтоб никто на могилу не ходил... ». Сообщил, что с 90-х годов «осенила, как Менделеева во сне, идея термоядерного реактора с помощью создания магнитного поля при помощи отдельных элементов цепи постоянного тока [это правда, во сне мозг тоже работает (Н. П. Бехтерева: «Магия мозга и лабиринты жизни»)]. Впервые в мире рассчитал магнитное поле внутри полого проводника, благодаря принципам компенсации. Из-за непонимания сути открытия, пионерской, по сути, все инстанции, а может быть, их эксперты отнеслись к моим обращениям как к чудачеству, и пожелали успехов, т.е. фактически санкционировали открытость моих дальнейших исследований». Говорит, что идея позволяет овладеть

энергией в три раза большей, чем при ядерном распаде: «... думаю, эта идея уже технически воплощена в мире; об успешной реализации говорят также процессы, происходящие на мировом рынке углеводов». Заявил: «... за мной следят спец. службы. При обращении в КГБ о защите идеи, работник спец. службы сказал: «Я слушаю Вас». Я, будучи по жизни и по профессии электронщиком, а в армии телефонистом, легко определил характерные щелчки и изменения уровня сигнала в линии и др. особенности, присущие АТС того же класса». Рассказал, что с 1991 г. обращался в ООН, МАГАТЕ, Собчаку и Ельцину, в КГБ и ФСБ с тем, что «изобретение открывает легкий доступ любому желающему к энергиям и должно использоваться под международным контролем... это знание уже используется властными структурами... эту идею оцениваю в 500 миллиардов долларов, и она достойна «Нобелевской премии» [*это мне кричал, с искаженным и почерневшим от злобной зависти лицом, судмедэксперт ФАДДЕЕВ В.В. – такого я не видел ни до и никогда и нигде после в своей жизни – перекладывание с больной головы (а психиатры все психически больны – это их профессиональное заболевание) – на здоровую*]... ». Мышление аморфное³ [*в чём же заключается путанность и непоследовательность моего мышления, если я только отвечал на вопросы судмедэксперта ФАДДЕЕВА В.В. в той последовательности, в которой он мне их задавал? Скорее всего, это аморфность мышления судмедэксперта*] паралогичное² [*бездоказательная ложь, где стремление во что бы то ни стало доказать свою исключительность (в чём?) и правоту во всем (в чём во всём?)*] аутистического⁴ [*в чём выражается высшая степень самоизоляции, если я вырос в многодетной и дружной семье и всегда учился и работал в дружных коллективах, общаясь со всеми*] характера, со смысловыми соскальзываниями [*это у психиатров отсутствует здравый смысл, в общепринятом понимании этого слова – так их воспитали в их школах служебной психиатрии*]. Обманов чувств не выявлено. Интеллектуально-мнестически формально сохранен. Эмоционально неадекватен, опустошен. Волевая активность снижена. В отделении был аспонтанен, безынициативен, замкнут, отгорожен; ни к чему не проявлял интереса [*бездоказательная ложь – активно участвовал в турнире по шашкам, занял второе место, постоянно общался с пациентами, играя в настольные игры*]. Сложившейся судебной ситуацией не озабочен; высказывал убеждение, что докажет свою правоту в том, что он является «пострадавшей стороной» [*что я сейчас и делаю*]. Убежденно говорил, что: «молодежь должна мне за моральный и материальный ущерб компенсацию» [*бездоказательная ложь, домысел*]. Несколько раз обмолвился дежурной медсестре, что подозревает лечащего врача [*врача???*- *это у психиатров бред величия, за 11 с лишним лет я не видел ни одного вылеченного пациента, как у настоящих врачей-специалистов*] в попытке: «украсть идею изобретения» [*бездоказательная ложь, оговор*]. Критические способности нарушены. В отделении агрессивных и аутоагрессивных тенденций не было. Сон медикаментозный. Пароксизмальных состояний не отмечалось.

Член комиссии, врач судебно-психиатрический эксперт ЛЕОНОВА Э.А.

Член комиссии, врач судебно-психиатрический эксперт ШЕШЕНИНА Н.А.

Докладчик, врач судебно-психиатрический эксперт ФАДДЕЕВ В.В.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

При экспериментально-психологическом исследовании использовались патопсихологические методики, направленные на выявление особенностей процессов памяти, внимания, мышления; личностные методики ММРІ, Люшера, Розенцвейга, самооценки; наблюдение, психодиагностическое интервью, психологический анализ материалов уголовного дела. Испытуемый продуктивному контакту доступен. Инструкции, усваивает быстро, в полном объеме. Темп психомоторной деятельности средний. В беседе держится несколько настороженно, проявляет в разговоре достаточную активность. На вопросы отвечает не всегда по существу, склонен к рассуждательству, переоценке своих возможностей [*а каковы мои возможности? знает ли о них за пять минут беседы судебно-психологический эксперт?*]. Суждения обстоятельные, излишне категоричные. Легко

аффектируется [*бездоказательная ложь*], при обсуждении обстоятельств уголовного дела, раздражается при оспаривании его доводов [*бездоказательная ложь*]. Стеничен⁵ в отстаивании своей точки зрения. Инкриминируемые ему действия категорически отрицает. Поясняет, что он только защищался от группы подростков. Запоматования на рассматриваемый период не предъявляет. Обстоятельства происшедшего подробно излагает в своей версии. О потерпевшей [*нападавшей*] говорит без сочувствия, чувства вины не испытывает. Фон настроения без признаков снижения. При настоящем обследовании выявлено следующее. Результаты функциональных проб указывают на умеренно выраженные затруднения переключения произвольного внимания, при сохранности процессов кратковременного запоминания. Уровень обобщения и абстрагирования высокий. Мышление абстрактно-логическое, обычного темпа, ригидное⁶. При исследовании мыслительной деятельности использовались методики «Исключение предметов», «Пиктограммы», «Классификация предметов», интерпретация пословиц, изложение рассказа. В операциональной сфере мышления проявляется склонность испытуемого к опоре на малозначимые признаки объектов, затруднения в дифференциации существенного и второстепенного. Выявляется снижение критичности мышления. При установлении логических связей отмечается тенденция к субъективной переработке испытуемым предложенного текста и интерпретативному искаженному изложению содержания рассказа [*естественно, что человеку со средними параметрами памяти, с первого раза запомнить и пересказать без искажений большой объем нового текста – невозможно – это просто повод для психолога дать негативную оценку испытуемому и поставить ложный диагноз*]. В методике «Исключение предметов» выявляется неустойчивость уровня обобщения, разноплановость ответов в одном задании, исключение четвертого лишнего с опорой на малосущественные, латентные (неявные, скрытые) признаки предметов. Например, на карточке с изображением монеты и трех различных часов испытуемый, наряду с правильным вариантом ответа, исключает часы в восьмиугольном корпусе, поясняя, что «остальные предметы имеют круглую форму». На карточке с изображением солнца, свечи, керосиновой лампы и лампочки, исключается последняя, т. к. «остальные предметы являются естественными источниками излучения». Затем, предлагается также и правильный вариант ответа [*классификацию можно проводить по многим признакам – по каким? – эксперт не указал – это ловушка психологов для обоснования любых диагнозов*]. Оба варианта категорически оцениваются как правильные без возможности выбора [*смотри предыдущий комментарий*]. При высоком уровне обобщения, способности к выделению категориальных признаков, проявляющихся в большинстве исключений, присутствует случай исключения по конкретно-функциональному признаку в простой пробе. Общая осведомленность, запас общеобразовательных знаний соответствует полученному образованию и жизненному опыту. По данным личностного опросника ММРІ был получен профиль личности с повышением по шкалам паранойи⁷ (73Т), психопатии (60Т) и истерии (60Т) [*грубая ложь, основанная, как и всё в психологии, на применении иностранных методик, чуждых и бесполезных для определения психических свойств Разума русского человека*]. Сочетание оценочных шкал указывают на стремление испытуемого давать социально одобряемые ответы. Клинические шкалы указывают на аффективную ригидность, подозрительность [*грубая, бездоказательная ложь*], тенденцию к обдумыванию действий окружающих [*обдумывать, критически осмысливать окружающий мир – это психическое расстройство?*], представляющихся некомпетентными или недобросовестными, что может обусловить злопамятность и легкое возникновение враждебных реакций [*бездоказательные домыслы из личного мировосприятия и воспитания*]. Отмечается недоверчивость [*осторожность в высказываниях, когда у тебя требуют рассказать о твоих ноу-хау, подготовленных для продажи*], импульсивность [*бездоказательная ложь*], склонность к построению труднокорректируемых концепций [*трудных для неспециалиста*]. Данные проективных методик, психодиагностического интервью свидетельствуют о ригидности установок в отстаивании своих позиций, недоверчивости, подозрительности [*грубая, бездоказательная ложь*], категоричности в оценках, раздражительности, внешне обвинительной направленности реакций. Т.о. по данным обследования выявляется

актуализация испытуемым латентных признаков предметов, искажение процессов обобщения, снижение критичности мышления. В структуре личности отмечается преобладание паранойяльных, застревающих черт, аффективная ригидность⁸ [*за всем этим наукоподобным словоблудием скрывается полная профессиональная некомпетентность психологов и психиатров, полное отсутствие жизненного опыта в общении с нормальными, в общепринятом понимании этого слова, людьми*], категоричность в оценках и суждениях, подозрительность, раздражительность [*грубая, бездоказательная ложь*], склонность к построению труднокорректируемых концепций. Интеллектуально-мнестическое развитие находится в рамках возрастной нормы. Член комиссии судебно-психологический эксперт БЕЗВЕРШЕНКО М.В.

На основании изложенного, комплексная психолого-психиатрическая комиссия приходит к ЗАКЛЮЧЕНИЮ, что Григорьев Евгений Александрович страдает хроническим психическим расстройством - в форме хронического бредового⁹ расстройства (ответ на вопрос № 3) [*в чём, конкретно, заключается моё ошибочное отображение действительности, если эта действительность подтверждена экспериментальными научными фактами?*]. Об этом свидетельствуют данные анамнеза, медицинская документация, материалы уголовного дела, результаты данного клинического (включая психологическое) обследования [*где данные исследования моей научной работы специалистами соответствующих профилей – у меня такие данные есть*], из которых известно, что подэкспертный до конца 90-х годов был социально адаптирован, получил высшее образование, работал по высококвалифицированной специальности инженера-электронщика [*в дальнейшем – физика-исследователя*]. С середины 90-х годов появился всепоглощающий аутистического характера интерес к теоретическим проблемам физики, находящиеся за пределами его непосредственных обязанностей на рабочем месте [*откуда психологам и психиатрам известно о рабочих обязанностях инженера-исследователя и разумного человека вообще?*]. Снижился профессионально [*бездоказательная ложь*]. Теоретические разработки оценивались специалистами как «чуждачества» [*бездоказательная ложь, смотри отзывы специалистов и коллег на сайте <http://thermonuclear.ru/app/history.html>*]. Появилась бредовая⁹ убежденность в совершенном им научном открытии мирового масштаба [*смотри отзывы специалистов и коллег на сайте <http://thermonuclear.ru/app/history.html>*]. Стал добиваться его признания в самых высоких инстанциях, как в стране, так и на международном уровне. По характеру стал подозрительным, тревожным [*грубая, бездоказательная ложь*]. При настоящем обследовании выявлены характерные для данного хронического психического расстройства формальность контакта, выраженные структурные расстройства мышления (аморфность, паралогичность, аутистичность, некритичность, ригидность [*наукоподобный словесный понос и субъективная ложь*]), бредовые идеи изобретательства [*конкретно, в чём они выражаются? как проявляются в словах, поступках? – бездоказательная ложь*], преследования [*грубая, бездоказательная ложь*], эмоциональная неадекватность (холодность, уплощенность) [*грубая, бездоказательная ложь – это проявления внутреннего спокойствия, отсутствия пустословия, как у «экспертов», а по черчению в школе и начертательной геометрии в институте, требующих фантазии и пространственного воображения и мышления, у меня были пятёрки*], выраженные расстройства критических и прогностических способностей. В период инкриминируемого деяния Григорьев Е.А. не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими (ответ на вопросы №№ 1,2). В настоящее время Григорьев Е.А. также не может осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими (ответ на вопросы №№ 3,4). По своему психическому состоянию (сохранение актуальной бредовой симптоматики)⁹ [*конкретно, в чём симптомы выражаются? как проявляются в словах, поступках? – «эксперты об этом не пишут» - бездоказательная ложь*] отсутствие критики [*в чём, по мнению «врачей» должна выражаться и заключаться критика? что это такое? – стандартное, не имеющее смысла клеймо психиатров. Может быть раскаяние? – так мне искренне жаль этих глупых, безнадзорных и невоспитанных ребятшек – у них нет будущего (если они ещё живы), они его пронаркоманили и пропили*]

Григорьев Е.А. представляет социальную опасность *[в чём заключается опасность? – у «экспертов» нет ответа на этот вопрос - грубая, бездоказательная ложь]*, нуждается в принудительном лечении в психиатрическом стационаре специализированного типа¹⁰ (ответ на вопрос № 5) *[Диагноз психического расстройства ставится в соответствии с общепризнанными международными стандартами и не может основываться на причинах, непосредственно не связанных с состоянием психического здоровья, в том числе и на основании научных, пусть даже ошибочных гипотез и работ]*.

Член комиссии, врач судебно-психиатрический эксперт ЛЕОНОВА Э. А.

Член комиссии, врач судебно-психиатрический Эксперт ШЕШЕНИНА Н.А.

Докладчик, врач судебно-психиатрический эксперт ФАДДЕЕВ В.В.

Ответы на вопросы эксперту-психологу: среди индивидуально-психологических особенностей Григорьева Е.А. следует отметить преобладание паранойяльных, застревающих черт, аффективную ригидность, категоричность в оценках и суждениях, подозрительность, недоверчивость, раздражительность *[научоподобное словоблудие и грубая, бездоказательная ложь]*, стеничность в отстаивании своих установок, склонность к построению труднокорректируемых *[труднокорректируемых для неподготовленного неспециалиста]* концепций, внешне обвинительную направленность реагирования *[кого и в чём я обвинял? был несогласен - да, имел и имею своё мнение - да – всё остальное грубая, бездоказательная ложь]*.

Член комиссии, судебно-психологический эксперт БЕЗВЕРШЕНКО М.В.

Отп. 07.03.2006 г., 3 экз., ПТН.

Строго конфиденциально.

[В итоге – отсутствие хоть каких-нибудь доказательств, кроме домыслов «экспертов», о наличии у меня какого-либо психического заболевания]

1. Резонёрство — один из видов нарушений мышления, характеризующийся пустым, бесплодным многословием, рассуждательством с отсутствием конкретных идей и целенаправленности мыслительного процесса (но реальная жизнь изобилует примерами осознанного использования резонёрства вполне здоровыми и высокоинтеллектуальными личностями, например, при проповеднической или пропагандистской деятельности).

2. Мышление паралогическое

греч. paralogismos - противный разуму, неразумный) - в психопатологии – 1. общее название нарушений мышления, в результате которых страдает логика рассуждений; 2. расстройство умственной деятельности, противоположное аморфному мышлению в том плане, что оно жестко привязано к доминирующему целевому представлению. Таким целевым представлением у всех параноиков мира является в конечном счете стремление во что бы то ни стало доказать свою исключительность и правоту во всем, что их в данное время особенно занимает (Ганнушкин, 1933). Это мышление предвзятое, селективное или “кривое”, поскольку в ходе его исключаются любые факты, суждения и воспоминания, если они противоречат доминирующему целевому представлению. Другие, реальные факты и обстоятельства освещаются однобоко, односторонне, то есть их представление до известной степени осознанно искажается таким образом, чтобы они не вступали в противоречие с

основной идеей. Иными словами, это мышление, в котором не выводы вытекают из рассуждений, а сам ход рассуждения подчиняется заранее готовому, априорному выводу.

3. Мышление аморфное

- путаное, неясное, непоследовательное и весьма поверхностное мышление, наиболее существенными характеристиками которого являются следующие: а) утрата или отсутствие определённого направления движения мысли; б) постоянные переходы умственной деятельности из одной логической плоскости в другую, из одной пространственно-временной области в иную, при этом такие переходы являются проявлением ассоциативного мышления; в) отсутствие конкретного результата мыслительной активности (определённого вывода, решения); г) утрата способности пациентов контролировать ход своих мыслей. Обычно аморфное мышление выявляется в ходе беседы с пациентами, причём в ярко выраженных случаях оно становится заметным уже на первых минутах беседы с ними. Например, отвечая на вопрос, пациент некоторое, обычно короткое время помнит о нём и сообщает более или менее достоверные сведения. Вскоре, однако, он теряет нить, линию последовательного развития мысли, ту цель, к которой он в начале пытался и мог направить ход своих мыслей, а далее, продолжая говорить о чём-либо уже не относящемся к существу вопроса, он забывает, зачем и о чём он только что говорил собеседнику. Незаметно для себя он переходит к другой, случайной, не имеющей значения теме, затем к следующей, также никак не связанной с предыдущей и такой поток мыслей или представлений продолжается неопределённо долго, пока пациент не иссякнет, не остановится говорить сам или его не попросят остановиться. Если его спросить, на какой вопрос он отвечал, то вспомнить этого он не сможет. Структура речи таких пациентов вплотную приближается при этом к монологу, они не обращают внимания на экспрессивные реакции собеседника, из которых можно бы заключить, что разговор потерял для последнего всякий смысл. Мотивация аморфного мышления остаётся совершенно неясной, во всяком случае пациенты не могут разъяснить, зачем они всё это рассказывали и что заставляло их это делать. Что касается логики, то её нет в том смысле, во-первых, что пациенты не ограничивают себя в рассказе ни определённой темой, не ставя себе задачу по возможности исчерпать её, ни временными и пространственными рамками, свободно перемещаясь от настоящего к прошлому или будущему и обратно, ни определённой ситуацией и обстановкой, мысленно или как в сновидении как бы путешествуя по доступному им информационному пространству. Кроме того, типичной особенностью аморфного мышления является, как указывает Е.Блейлер, “отсутствие аффективного тона”, иными словами, речь в данном случае не идёт об ускоренном и отвлекаемом мышлении маниакальных пациентов с его речевым напором и громкоговорением. Анализ аморфного мышления показывает, что в принципе как будто существует возможность какую-то часть сказанного пациентами связать удовлетворительным в смысловом отношении образом, но для этого следует в разрывы мысли вставлять опущенные или забытые пациентами фрагменты содержания. Любопытно, что те же пациенты в другое время или в иных обстоятельствах могут говорить достаточно связно и логично, то есть качество их мышления постоянно меняется, претерпевает флуктуации. Остаётся неизвестным, как думают такие пациенты наедине с собою. Мышление аморфное является важным и относительно ранним свидетельством шизофренической разлаженности умственной деятельности и, возможно, представляет собой как бы мягкий или ранний вариант разорванного мышления, результат снижения сознательного контроля над процессами мышления. Его рекомендуют различать с нарушениями последовательности мышления в маниакальных состояниях, а также при астеническом расстройстве. В последнем случае, отклоняясь от главной темы на побочные представления и теряя нить мысли, пациенты сами это осознают и пытаются вернуться к беседе по существу. Синоним: Тангенциальное мышление, Нецеленаправленное мышление, Бесцельное мышление.

4. Аутистическое мышление – это сложное психическое расстройство, которое характеризуется наивысшей степенью самоизоляции. К его основным признакам

принадлежат уход от контактов с реальностью и бедность эмоционального спектра. Людям, которые страдают этим заболеванием, свойственны некорректные реакции и недостаток взаимодействия с социумом.

5. стеничность

— характеристика высокой работоспособности индивида, устойчивости к различным помехам, способности к длительной непрерывной деятельности — даже при лишении сна в течение нескольких суток.

6. ригидность

(в психологии) (от лат. *rigidus* — жесткий, твердый) — затрудненность (вплоть до полной неспособности) в изменении намеченной субъектом программы деятельности в условиях, объективно требующих ее перестройки. Выделяют когнитивную, аффективную и мотивационную Р. Когнитивная Р. обнаруживается в трудностях перестройки восприятия и представлений в изменившейся ситуации. Аффективная Р. выражается в косности аффективных (эмоциональных) откликов на изменяющиеся объекты эмоций. Мотивационная Р. проявляется в тугоподвижной перестройке системы мотивов в обстоятельствах, требующих от субъекта гибкости и изменения характера поведения. Уровень Р., проявляемой субъектом, обуславливается взаимодействием его личностных особенностей с характером среды, включая степень сложности стоящей перед ним задачи, ее привлекательности для него, наличие опасности, монотонность стимуляции и т. д.

7. В классическом представлении страдающие паранойей отличаются нездоровой подозрительностью, склонностью видеть в случайных событиях происки врагов, выстраивать сложные теории заговоров против себя, с сохранением в другом логичности мышления.

8. Аффективная ригидность - неготовность к изменениям в связывании тех или иных событий с определенными аффективными реакциями. Проявляется в затруднениях при эмоциональном научении, в излишней фиксированности на объектах, константность эмоциональной оценки тех или иных событий, также в образовании сверхценных идей.

9. В современной психиатрии бред (синонимы: расстройство мыслительной деятельности, делирий) – это комплекс идей или представлений, которые появились в результате развивающегося заболевания мозга как симптом нарушения мышления. Они ошибочно отражают действительность и не корректируются новой поступающей информацией, независимо от того, соответствует ли имеющееся умозаключение реалиям или нет. Чаще всего бред является одним из компонентов проявлений шизофрении или других психических расстройств.

В каких случаях у слова «бред» синонимы - "психическое расстройство" и "помешательство" Но для того чтобы говорить о наличии у больного психического отклонения, нельзя отталкиваться только от содержания обрвавшей его идеи. То есть если для окружающих она выглядит как полный бред, это не может служить доказательством наличия у человека расстройства мышления. В бреде болезненным является не содержание, которое выпадает из общепринятых представлений, а нарушение течения жизни человека, связанное с ним.

Бредовой больной удален от мира, некоммуникабелен, он изолирован в своем убеждении, что сильно меняет его облик и жизненные ценности.

Особенности бредовых идей

Бредовое убеждение не поддается какой-либо коррекции со стороны. В отличие от заблуждений здорового человека, который твердо отстаивает свою точку зрения, бред – это некая незыблемая идея, которая не требует реального подтверждения, так как существует независимо от событий, происходящих в действительности. Даже негативный опыт следования бредовой идее не заставляет больного отказаться от нее, а иногда даже, наоборот, укрепляет веру в ее истинность. Так как бредовая идея всегда очень тесно спаяна с ранее

возникшими кардинальными личностными изменениями, она обязательно вызывает радикальные перемены и в отношении пациента к себе, внешнему миру, превращая его в «другого человека». Бредом часто сопровождается так называемый синдром психического автоматизма или синдром отчуждения, при котором у больного появляется ощущение, что любое его действие или мысль происходят не по собственной воле, а вложены или навеяны со стороны, посторонней силой. В этих случаях пациенты страдают бредом преследования.

10. ЗАКОН О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ.

Статья 10. Диагностика и лечение лиц, страдающих психическими расстройствами.

(1) Диагноз психического расстройства ставится в соответствии с общепризнанными международными стандартами и не может основываться только на несогласии гражданина с принятыми в обществе моральными, культурными, политическими или религиозными ценностями либо на иных причинах, непосредственно не связанных с состоянием его психического здоровья.

Под этими комментариями я подписываюсь и утверждаю, что всё это правда, а показания «экспертов» - наглая и грубая ложь, оговор по предварительному сговору!!!

« » _____ 20__ года

/Григорьев Е. А./