

ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА

Бейбутова Аида Маликовна
Кафедра «Уголовное право»

Учебное пособие
(курс лекций)
по дисциплине
«Судебная психиатрия»



Махачкала – 2016

УДК 347.61
ББК 67.404

**Печатается по решению Учебно-методического совета Дагестанского
государственного университета народного хозяйства**

Составитель:

Бейбутова А.М

доцент кафедры «Уголовное право»

Дагестанского государственного университета народного хозяйства

Внутренний рецензент:

Гаджиева А.А

кандидат юридических наук,

доцент кафедры «Уголовное право» Дагестанского государственного
университета народного хозяйства

Внешний рецензент:

Зейналов М.М,

к.ю.н, начальник отдела по делам некоммерческих организаций

Управления Министерства юстиции России по Республике Дагестан

Бейбутова А.М Учебное пособие (курс лекций) по дисциплине «Судебная психиатрия» для направления подготовки «Юриспруденция», профиль «Уголовное право», Махачкала: ДГУНХ, 2016. – 107с.

Учебное пособие (курс лекций) по дисциплине «Судебная психиатрия» в конспективной форме излагает основы судебной психиатрии в объеме, необходимом для юриста, описывает действия юриста при назначении судебно-психиатрической экспертизы, подготовке материалов уголовного дела для передачи экспертам, помогает оценивать результаты экспертизы, правильно ориентироваться в содержании акта, понимать правовые последствия экспертных решений.

Для студентов юридических факультетов всех форм обучения.

©Дагестанский государственный университет народного хозяйства. 2016.

©Бейбутова А.М2016

Содержание

Введение.....	4
Лекция 1. Понятие и предмет судебной психиатрии.....	5
Лекция 2. Понятие вменяемости и невменяемости.....	18
Лекция 3. Судебно-психиатрическая экспертиза обвиняемых, свидетелей, потерпевших и осужденных.	23
Лекция 4. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе.....	28
Лекция 5. Понятие о психическом заболевании.....	34
Лекция 6. Классификация психических расстройств. Шизофрения. Маниакально-депрессивный психоз. Эпилепсия.....	41
Лекция 7. Психические расстройства при черепно-мозговой травме, инволюционного периода, алкоголизме, наркомании, неврозах, умственной отсталости.....	49.
Лекция 8. Психопатии.....	59
Тестовый контроль знаний.....	73
Краткий словарь терминов.....	91
Список рекомендуемой литературы.....	105

Введение

Судебная психиатрия является одной из значимых дисциплин в специализации и подготовке юриста. Это обусловлено тем, что в процессе раскрытия и расследования различных преступлений возникает необходимость в исследовании психики лиц, вовлекаемых в сферу уголовного судопроизводства, нередко психика человека является объектом исследования при рассмотрении гражданских дел.

Судебная психиатрия представляет собой дисциплину, занимающуюся изучением основных практических и теоретических вопросов судебной психиатрии: правовое положение лиц с психическими расстройствами, проведение судебно-психиатрической экспертизы в уголовном и гражданском процессах, выполнение решений экспертизы в отношении лиц, признанных невменяемыми и недееспособными. Эти вопросы в рамках курса должны быть изучены с учетом законодательных актов, регламентирующих практику оказания психиатрической помощи.

Судебная психиатрия неотделима от общей психиатрии, но имеет свои особые задачи. Она служит правосудию и содействует укреплению законности и правопорядка, оценивает психическое состояние, выявляет психическую патологию участников уголовного и гражданского процесса, что позволяет следствию и суду разрешать вопросы, касающиеся вменяемости, дееспособности, правильности показаний, полученных во время допроса, возможности и невозможности совершения правонарушений лицами с определенной структурой психики и другие вопросы.

Конспект лекций, составлен в соответствии с Государственным образовательным стандартом высшего образования, поможет систематизировать полученные ранее знания по дисциплине «Судебная психиатрия», предназначен для студентов, преподавателей юридических вузов.

Лекция 1. Понятие и предмет судебной психиатрии

Психиатрия — медицинская наука, которая изучает клинические проявления, диагностику, лечение и прогноз психических расстройств, разрабатывает вопросы восстановления в жизни больных с нарушениями психики. Понятие "психические болезни" не исчерпывается психозами.

К психическим болезням в широком понимании, помимо психозов, относятся и более легкие расстройства психики, не сопровождающиеся выраженным нарушением отражения реального мира и существенным изменением поведения. Они включают неврозы, психопатии, умственное недоразвитие и не достигающие степени психоза психические нарушения различного генеза.

Психиатрия подразделяется на *общую психиатрию* (общую психопатологию), исследующую основные, свойственные многим психическим болезням закономерности проявления и развития патологии психической деятельности, общие вопросы этиологии и патогенеза, природу психопатологических процессов, их причины, принципы классификации, проблемы восстановления, методы исследования, и *частную психиатрию*, исследующую соответствующие вопросы при отдельных психических заболеваниях.

Основным *методом обследования* психически больных остается клинический с четким и обоснованным психопатологическим анализом состояния обследуемого. Клиническое наблюдение дополняется данными лабораторных методов.

Судебная психиатрия — самостоятельный раздел медицинской науки — психиатрии, изучающий психические расстройства в их специальном отношении к уголовному и гражданскому праву. Судебная психиатрия призвана содействовать правоохранительным органам в их деятельности, поскольку, по закону общественно опасные деяния, совершенные психически больными в состоянии невменяемости, не считаются преступлениями, а лица, их совершившие, не могут считаться преступниками. Основной целью судебной психиатрии является помощь следствию и суду в ответе на вопрос — кто совершил правонарушение, преступник или психически больной человек. Предметом судебной психиатрии является состояние психического здоровья участников уголовного или гражданского процессов, их психические нарушения и психическая деятельность во время совершения деликта, при проведении экспертизы.

Основные задачи судебной психиатрии:

- 1) решение вопроса о вменяемости-невменяемости лиц, привлекаемых к уголовной ответственности и вызывающих сомнения в их психическом здоровье;
- 2) решение вопроса о дееспособности-недееспособности психически больных лиц в гражданском процессе;
- 3) определение процессуальной дееспособности и психического состояния участников уголовного и гражданского процессов;

4) профилактика правонарушений, в том числе путем рекомендации по назначению и выбору конкретных принудительных мер медицинского характера в отношении психически больных лиц, совершивших правонарушение;

5) разработка предложений по совершенствованию законодательства, касающегося психически больных лиц;

6) проведение психопрофилактических мероприятий в отношении осужденных, имеющих нарушения психики;

7) разработка критериев экспертной оценки отдельных психических заболеваний.

Началом развития психиатрической помощи в России считают XI в., когда вместе с основанием Киево-Печерского монастыря было выстроено первое больничное учреждение, оказывающее помощь психически больным.

В 1677 г. появляется первый в России закон о психически больных, лишавший их права распоряжаться наследством. В конце царствования Петра I издается указ о том, что умалишенных в монастыри не помещать, а построить для них специальный дом.

Плеяду замечательных русских ученых-психиатров составляют В. Х. Кандинский, С. С. Корсаков, П. Б. Ганнушкин, В. П. Сербский, именем которого назван Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии. Они заложили основы отечественной судебной психиатрии.

В настоящее время квалифицированная психиатрическая помощь в РФ осуществляется системой психиатрических диспансеров и стационаров, в соответствии с Законом РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" (с изменениями от 21 июля 1998 г.).

1. Понятие и процессуальные основы судебно-психиатрической экспертизы.

На основе достижений общей психиатрии судебными психиатрами разработаны основные принципы и критерии экспертной оценки психических расстройств, изучена клиника тех заболеваний, которые наиболее часто встречаются в судебно-психиатрической практике.

Судебно-психиатрическая экспертиза проводится на основе единых федеральных нормативных актов, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации (уголовное и уголовно-процессуальное, гражданское и гражданско-процессуальное законодательство, действующая Инструкция о производстве судебно-психиатрической экспертизы).

Судебная экспертиза представляет собой процессуальное действие, состоящее из проведения исследований и дачи заключения экспертом по вопросам, разрешение которых требует специальных знаний в области науки, техники, искусства или ремесла и которые поставлены перед экспертом судом, судьей, органом дознания, лицом, производящим дознание следователем или прокурором, в целях установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу (Федеральный закон от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ "О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации").

Лица, обладающие познаниями в указанных областях, привлекаемые правоохранительными органами для проведения исследований и дачи заключений,

именуются **экспертами** (от лат. — опытный), а само проводимое ими исследование получило название **экспертизы** (от лат. — испытывать, узнавать по опыту).

Судебно-психиатрическая экспертиза представляет собой регламентированное законом и проводимое врачом-психиатром исследование. Теоретической базой СПЭ является судебная психиатрия, предметом изучения которой является состояние психического здоровья участников уголовного или гражданского процессов.

Экспертиза производится экспертами соответствующих учреждений либо иными специалистами, назначенными лицом, производящим дознание, следователем, прокурором и судом. Закон предусматривает, что в качестве эксперта может быть вызвано любое лицо, обладающее необходимыми познаниями для дачи заключения. Требование лица, производящего дознание, следователя, прокурора или суда о вызове эксперта обязательно для руководителя предприятия, учреждения или организации, где работает эксперт. Вопросы, поставленные перед экспертом, и его заключение не могут выходить за пределы специальных познаний эксперта.

Ходатайствовать об экспертизе могут сам обвиняемый, потерпевший, родственники, в судебном заседании — прокурор и защитник с момента его участия в уголовном и гражданском процессе. В последнем случае могут ходатайствовать о назначении экспертизы истцы и ответчики.

Необходимо помнить, что право назначения психиатрической экспертизы по УПК РФ принадлежит лишь следственно-судебным органам и последние, в отдельных случаях, могут не удовлетворить ходатайство о производстве судебно-психиатрической экспертизы, если найдут его недостаточно обоснованным. На практике такие случаи почти не встречаются, так как следственно-судебные органы уделяют большое внимание вопросу о психическом состоянии обвиняемого.

Согласно Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации (ст. 195), следователь, признав необходимым назначение судебной экспертизы, выносит об этом постановление, а в случаях, предусмотренных п. 3 ч. 2 ст. 29 настоящего Кодекса, возбуждает перед судом ходатайство, в котором указываются:

- 1) основания назначения судебной экспертизы;
- 2) фамилия, имя и отчество эксперта или наименование экспертного учреждения, в котором должна быть произведена судебная экспертиза;
- 3) вопросы, поставленные перед экспертом;
- 4) материалы, предоставляемые в распоряжение эксперта.

В соответствии с ч.1 ст. 195 УПК РФ необходимость назначения судебной экспертизы определяется следователем самостоятельно. Следователь должен признать назначение судебной экспертизы необходимым, если существенные для уголовного дела факты могут быть установлены не иначе, как путем применения специальных знаний.

2. Обязательное назначение судебно-психиатрической экспертизы

Согласно ст. 196 УПК РФ, назначение судебной экспертизы является обязательным для установления:

- 1) причины смерти;
- 2) характера и степени вреда, причиненного здоровью;
- 3) психического или физического состояния подозреваемого, обвиняемого, когда возникает сомнение в его вменяемости или способности самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве;
- 4) психического или физического состояния потерпевшего, когда возникает сомнение в его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания;
- 5) возраста подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего, когда это имеет значение для уголовного дела, а документы, подтверждающие его возраст, отсутствуют или вызывают сомнение.

3. Основания для назначения СПЭ

Поводы для назначения СПЭ следующие:

- 1) сомнения в психической полноценности обвиняемого.

Чаще всего причиной таких сомнений оказываются данные о том, что обвиняемый находился под наблюдением психиатров по поводу психического расстройства. В таких случаях следователь должен принять меры к получению медицинской документации об обвиняемом из соответствующего психиатрического учреждения — психоневрологического диспансера (кабинета) по месту жительства обвиняемого, сведения о состоянии во время посещения этих лечебных учреждений и сведения об оказании помощи и лечении. Если имеются сведения о лечении частным порядком, то целесообразно истребовать данные об этом у частного врача или допросить его о причинах обращения пациента, о его состоянии, лечебных назначениях и т. д. Получение медицинской документации из медицинских учреждений производится по письменному запросу следователя на имя главного врача;

- 2) особенности поведения обвиняемого или подозреваемого во время следствия или правонарушения.

Так, необычные высказывания или немотивированный отказ отвечать на вопросы, рассеянность, неоправданная веселость, бессмысленные поступки во время допросов могут быть следствием психических расстройств. В то же время некоторые проявления психических болезней могут ускользать от наблюдателя, в том числе и следователя, выглядеть как легкая туповатость и бестолковость, или распущенность и лень и т. д.

Характер криминала, его кажущаяся безмотивность, противоречие между совершенным действием и личностью обвиняемого, последовательности его поступков, иногда необычная жестокость.

В случаях направления на экспертизу по таким основаниям следователю необходимо во время допросов свидетелей попытаться получить четкие сведения об особенностях поведения обвиняемого, последовательности его поступков, его внешнем виде, высказываниях во время совершения общественно опасных действий.

При вынесении постановления о назначении судебно-психиатрической экспертизы таким лицам следователь должен указать, что обвиняемый направляется на экспертизу "в связи с тяжестью содеянного". Подобная формулировка может указать экспертам-психиатрам, что следствие не располагает данными о болезненных расстройствах психики, но, учитывая особую тяжесть содеянного, могут быть заподозрены скрытые проявления психических нарушений. Среди таких подозрений одно из важных мест занимает особая жестокость преступления. В некоторых случаях она может быть связана с психическими расстройствами, например, бредовыми идеями или садистскими тенденциями.

Назначение судебно-психиатрической экспертизы может быть осуществлено на стадии судебного разбирательства. В этих случаях суд выносит определение о назначении экспертизы и обосновывает его. В тех случаях, когда экспертиза была проведена прежде, суд выносит определение о повторной экспертизе, если он не согласен с ее заключением, или о дополнительной, если заключение экспертизы представляется неполным или недостаточно ясным.

Как правило, проведение СПЭ производится в психиатрическом учреждении — диспансере или больнице, в которых существуют судебно-экспертные комиссии. Поэтому, хотя они и не являются самостоятельными экспертными учреждениями, на них распространяется действие ст. 199 УПК, которая предусматривает, что при производстве судебной экспертизы в экспертном учреждении следователь направляет руководителю соответствующего экспертного учреждения постановление о назначении судебной экспертизы и материалы, необходимые для ее производства.

Руководитель экспертного учреждения после получения постановления поручает производство судебной экспертизы конкретному эксперту или нескольким экспертам из числа работников данного учреждения и уведомляет об этом следователя. При этом руководитель экспертного учреждения, за исключением руководителя государственного судебно-экспертного учреждения, разъясняет эксперту его права и ответственность, предусмотренные ст. 57 УПК РФ.

Руководитель экспертного учреждения вправе возвратить без исполнения постановление о назначении судебной экспертизы и материалы, представленные для ее производства, если в данном учреждении нет эксперта конкретной специальности либо специальных условий для проведения исследований, указав мотивы, по которым производится возврат.

Если судебная экспертиза производится вне экспертного учреждения, то следователь вручает постановление и необходимые материалы эксперту и разъясняет ему права и ответственность, предусмотренные статьей 57 УПК РФ. Эксперт вправе возвратить без исполнения постановление, если представленных материалов недостаточно для производства судебной экспертизы или он считает, что не обладает достаточными знаниями для ее производства.

4. Права и обязанности эксперта

Согласно Уголовно-процессуального кодекса РФ (ст. 57), эксперт **вправе:**

1) знакомиться с материалами уголовного дела, относящимися к предмету судебной экспертизы;

2) ходатайствовать о предоставлении ему дополнительных материалов, необходимых для дачи заключения, либо привлечении к производству судебной экспертизы других экспертов;

3) участвовать с разрешения дознавателя, следователя, прокурора и суда в процессуальных действиях и задавать вопросы, относящиеся к предмету судебной экспертизы;

4) давать заключение в пределах своей компетенции, в том числе по вопросам, хотя и не поставленным в постановлении о назначении судебной экспертизы, но имеющим отношение к предмету экспертного исследования;

5) приносить жалобы на действия (бездействие) и решения дознавателя, следователя, прокурора и суда, ограничивающие его права;

6) отказаться от дачи заключения по вопросам, выходящим за пределы специальных знаний, а также в случаях, если представленные ему материалы недостаточны для дачи заключения.

В соответствии с той же статьей, эксперт **не вправе:**

1) без ведома следователя и суда вести переговоры с участниками уголовного судопроизводства по вопросам, связанным с производством судебной экспертизы;

2) самостоятельно собирать материалы для экспертного исследования;

3) проводить без разрешения дознавателя, следователя, суда исследование, могущее повлечь полное или частичное уничтожение объектов либо изменение их внешнего вида или основных свойств;

4) давать заведомо ложное заключение;

5) разглашать данные предварительного расследования, ставшие известными ему в связи с участием в уголовном деле в качестве эксперта, если он был об этом заранее предупрежден в порядке, установленном ст. 161 настоящего Кодекса.

Федеральный закон от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ "О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации" также предусматривает определенные обязанности и права эксперта (ст. 16, 17).

Эксперт обязан:

1) принять к производству порученную ему руководителем соответствующего государственного судебно-экспертного учреждения судебную экспертизу;

2) провести полное исследование представленных ему объектов и материалов дела, дать обоснованное и объективное заключение по поставленным перед ним вопросам;

3) составить мотивированное письменное сообщение о невозможности дать заключение и направить данное сообщение в орган или лицу, которые назначили судебную экспертизу, если поставленные вопросы выходят за пределы специальных знаний эксперта, объекты исследований и материалы дела непригодны или недостаточны для проведения исследований и дачи заключения и

эксперту отказано в их дополнении, современный уровень развития науки не позволяет ответить на поставленные вопросы;

4) не разглашать сведения, которые стали ему известны в связи с производством судебной экспертизы, в том числе сведения, которые могут ограничить конституционные права граждан, а также сведения, составляющие государственную, коммерческую или иную охраняемую законом тайну;

5) обеспечить сохранность представленных объектов исследований и материалов дела.

Эксперт также исполняет обязанности, предусмотренные соответствующим процессуальным законодательством.

Эксперт не вправе:

1) принимать поручения о производстве судебной экспертизы непосредственно от каких-либо органов или лиц, за исключением руководителя государственного судебно-экспертного учреждения;

2) осуществлять судебно-экспертную деятельность в качестве негосударственного эксперта;

3) вступать в личные контакты с участниками процесса, если это ставит под сомнение его незаинтересованность в исходе дела; самостоятельно собирать материалы для производства судебной экспертизы;

4) сообщать кому-либо о результатах судебной экспертизы, за исключением органа или лица, ее назначивших;

5) уничтожать объекты исследований либо существенно изменять их свойства без разрешения органа или лица, назначивших судебную экспертизу.

Эксперт вправе:

1) ходатайствовать перед руководителем соответствующего государственного судебно-экспертного учреждения о привлечении к производству судебной экспертизы других экспертов, если это необходимо для проведения исследований и дачи заключения;

2) делать подлежащие занесению в протокол следственного действия или судебного заседания заявления по поводу неправильного истолкования участниками процесса его заключения или показаний;

3) обжаловать в установленном законом порядке действия органа или лица, назначивших судебную экспертизу, если они нарушают права эксперта.

Эксперт также имеет права, предусмотренные соответствующим процессуальным законодательством.

Эксперт дает заключение от своего имени на основании произведенных исследований в соответствии с его специальными знаниями и несет за данное им заключение личную ответственность:

За дачу заведомо ложного заключения эксперт несет ответственность в соответствии со ст. 307 Уголовного кодекса Российской Федерации.

За разглашение данных предварительного расследования эксперт несет ответственность в соответствии со ст. 310 Уголовного кодекса Российской Федерации.

5. Виды судебно-психиатрической экспертизы.

Судебно-психиатрическая экспертиза, как правило, проводится комиссией, состоящей из 3 экспертов (допускается проведение экспертизы двумя или даже одним специалистом). Более 3 экспертов включается в состав комиссии в особо сложных и ответственных случаях, что может быть сделано как по инициативе экспертного учреждения, так и по предписанию органа, назначающего персональный состав экспертов. Производство комиссионной экспертизы регламентируется ст. 200 УПК РФ.

Один из членов экспертной комиссии является ее председателем, один — врачом-докладчиком, который непосредственно изучает представленную документацию, проводит обследование подэкспертного и составляет проект заключения, а в случае стационарной экспертизы осуществляет его курацию с ведением истории болезни. Все члены комиссии подписывают заключение или акт судебно-психиатрической экспертизы и несут за него равную ответственность. Если между членами комиссии нет единогласия, один из них письменно излагает свое мнение. Оно составляется по тем же правилам, что и комиссионное заключение, и прилагается к последнему.

Виды судебно-психиатрической экспертизы:

- 1) экспертиза в кабинете следователя;
- 2) амбулаторная экспертиза;
- 3) стационарная экспертиза;
- 4) экспертиза в судебном заседании;
- 5) заочная, в том числе посмертная экспертиза.

Экспертиза в кабинете следователя проводится сравнительно редко. Чаще речь идет не об экспертизе, а об обследовании, которое носит характер консультации, так как обычно заключается в однократном осмотре обследуемых одним врачом-психиатром. Врач-психиатр в этих случаях решает вопросы: о психическом состоянии лица в настоящее время; о необходимости проведения ему экспертизы определенного вида; о возможности подвергать обследуемого по состоянию психического здоровья допросам и проводить очные ставки с его участием и т. п.

Амбулаторная экспертиза проводится в психиатрических стационарах, в диспансерах, в помещении медицинской службы следственных изоляторов. Назначается она:

- 1) в отношении подозреваемых, обвиняемых, совершивших правонарушение в состоянии алкогольного опьянения;
- 2) в случаях временных расстройств психической деятельности;
- 3) во многих случаях нерезко выраженных психических расстройств (остаточные явления после травмы черепа, перенесенных инфекций и т. д.), либо, наоборот, при ярко выраженных расстройствах психической деятельности.

Стационарная экспертиза. Это наиболее совершенный вид экспертизы, поэтому к ней следует прибегать во всех случаях, когда возникают трудности в распознавании болезни и определении ее тяжести:

- 1) начальные этапы и стертые формы психических заболеваний, пограничные состояния;

2) обследуемые нуждаются в проведении специальных лабораторных исследований;

3) симуляция и диссимуляция заболеваний;

4) повторные экспертизы.

Направление на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу лица, не находящегося под стражей, может быть осуществлено только по решению суда или с санкции прокурора (ст. 188 УПК РСФСР). Срок стационарной экспертизы в соответствии с упомянутой в начале раздела Инструкцией о производстве судебно-психиатрической экспертизы не должен превышать 30 дней. Однако, если указанный срок наблюдения оказывается недостаточным для ответа на поставленные вопросы, проводится комиссионное освидетельствование лица и составляется акт судебно-психиатрической экспертизы о необходимости продления наблюдения. Акт направляется назначившему экспертизу органу для принятия соответствующего решения.

Экспертиза в судебном заседании назначается:

1) обвиняемым, которые ранее не подвергались экспертному освидетельствованию, но вызвали сомнение в психической полноценности только в процессе судебного рассмотрения. Эксперт в данном случае сообщает суду о целесообразности назначения амбулаторной или стационарной экспертизы;

2) обвиняемым, в отношении которых вопрос о вменяемости решен не был;

3) обвиняемым, в отношении которых в стадии предварительного следствия уже было дано заключение. Вызов экспертов в данном случае может быть обусловлен необходимостью разъяснения тех или иных положений экспертного заключения, сообщением неизвестных экспертам данных, которые, по мнению суда, могут иметь значение, изменением психического состояния и поведения обвиняемого, сомнением суда в правильности заключения;

4) при выборе мер медицинского характера в отношении невменяемых.

Заочная экспертиза проводится только по материалам дела, если невозможно непосредственное обследование обвиняемого, или после смерти лица, когда необходимо выяснить его психическое состояние в тот или иной период его жизни. Такая посмертная экспертиза проводится, например, в гражданском процессе, когда возникает сомнение в психической полноценности лица в момент составления им дарственного акта или завещания.

6. Заключение эксперта и его оценка.

Заключение эксперта — представленное в письменном виде содержание исследования и выводы по вопросам, поставленным перед экспертом лицом, ведущим производство по уголовному делу, или сторонами (ст. 80 УПК РФ).

Согласно УПК РФ, заключение эксперта является одним из видов доказательств и подлежит оценке судом (УПК РФ, ст. 74, 80, 88). Каждое доказательство подлежит оценке с точки зрения относимости, допустимости, достоверности, а все собранные доказательства в совокупности — достаточности для разрешения уголовного дела.

Заключение не является обязательным для лица, производящего дознание, следователя, прокурора и суда, однако несогласие их с заключением должно быть мотивировано.

Для того чтобы заключение эксперта могло быть проверено при его оценке с позиций обоснованности и достоверности сделанных выводов лицом или органом, назначившим экспертизу, и быть убедительным для других участников процесса, предусмотрена единая форма заключения (ст. 25 Федерального закона от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ "О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации"). Эта форма обеспечивает возможность проверки:

- 1) достаточности материалов, представленных эксперту для исследования;
- 2) относимости поставленных вопросов к компетенции эксперта;
- 3) полноту исследования;
- 4) обоснованности его положениями теории и практики данного вида экспертизы;
- 5) использования экспертом надежных и эффективных методик;
- 6) логики экспертного заключения и соответствия сделанных экспертом выводов ходу и результатам исследования.

Судебно-следственные органы оценивают заключение эксперта с точки зрения научной достоверности и доказательного значения выводов эксперта, поскольку факты, установленные экспертом и содержащиеся в его заключении, являются одним из видов судебных доказательств. При этом никакие доказательства для суда, прокурора, следователя, лица, производящего дознание, не имеют заранее установленной силы.

Статья 204 УПК РФ предусматривает, что в заключении эксперта должны быть указаны:

- 1) дата, время и место производства судебной экспертизы;
- 2) основания производства судебной экспертизы;
- 3) должностное лицо, назначившее судебную экспертизу;
- 4) сведения об экспертном учреждении, а также фамилия, имя и отчество эксперта, его образование, специальность, стаж работы, ученая степень и (или) ученое звание, занимаемая должность;
- 5) сведения о предупреждении эксперта об ответственности за дачу заведомо ложного заключения;
- 6) вопросы, поставленные перед экспертом;
- 7) объекты исследований и материалы, представленные для производства судебной экспертизы;
- 8) данные о лицах, присутствовавших при производстве судебной экспертизы;
- 9) содержание и результаты исследований с указанием примененных методик;
- 10) выводы по поставленным перед экспертом вопросам и их обоснование.

Материалы, иллюстрирующие заключение эксперта (фотографии, схемы, графики и т. п.), прилагаются к заключению и являются его составной частью. В случае, если при производстве судебной экспертизы эксперт установит обстоятельства, имеющие значение для дела, по поводу которых ему не были поставлены вопросы, он вправе указать на них в своем заключении.

Результаты экспертизы оформляются в форме заключения, или акта, судебно-психиатрической экспертизы, который составляется по правилам,

изложенным в "Инструкции о производстве судебно-психиатрической экспертизы" и в "Методических указаниях по составлению акта (заключения) судебно-психиатрической экспертизы", утвержденных Министерством здравоохранения СССР и согласованных с Прокуратурой СССР, Верховным судом СССР и Министерством внутренних дел СССР (№ 10-91/14-70 от 03.11.1970 г.).

Акт судебно-психиатрической экспертизы имеет следующие разделы:

- 1) введение;
- 2) сведения о прошлой жизни;
- 3) описание физического, неврологического и психического состояния;
- 4) мотивировочная часть;
- 5) заключительная часть.

Во введении приводятся формальные данные об экспертах, месте, времени и виде экспертизы; об органе, назначившем экспертизу, и вопросах, поставленных на ее разрешение; о существовании уголовного или гражданского дела и личности испытуемого (подэкспертного).

Во втором разделе акта излагается анамнез жизни и психического расстройства (если оно имеется) с приведением в основном данных, имеющих значение для формулирования выводов. Здесь приводится также описание поведения испытуемого в период совершения инкриминируемого ему деяния со ссылками на источники информации (листы дела, фамилии свидетелей и т. д.). Последнее имеет особое значение, когда речь идет о возможности временного расстройства психической деятельности в период, относящийся к совершенному деянию.

Третий раздел посвящается результатам исследований, полученным при проведении экспертизы. Здесь также излагаются в основном данные, имеющие значение для экспертных выводов, но особое внимание уделяется, естественно, описанию психического состояния лица. В этом разделе приводятся не оценочные понятия, а фактические данные, на основании которых можно сделать определенные выводы о состоянии испытуемого.

Мотивировочная и заключительная части во многих современных руководствах рассматриваются как единое целое. В самом деле, речь идет о выводах или ответах на поставленные вопросы (заключительная часть) и их обосновании со ссылкой на фактические данные, приведенные в предшествующих частях акта (мотивировочная часть). Обычно делается вывод о наличии или отсутствии у испытуемого психического расстройства, квалификации последнего; затем дается заключение о выраженности этого расстройства и его влиянии на способность лица выполнять ту или иную социальную юридически значимую функцию (быть вменяемым, дееспособным свидетелем и т. п.). Эти выводы обосновываются данными анамнеза и собственных обследований. В дальнейшем следуют ответы на другие более частные вопросы, поставленные перед экспертами, а также их обоснование. Выводы должны быть максимально четкими и определенными. Допускаются предположительные ответы лишь на некоторые специальные вопросы, не имеющие определяющего значения для оценки способности к выполнению юридически значимой функции, по поводу которой

назначена экспертиза. Документ составляется в двух экземплярах, один из которых остается в архиве, другой направляется в учреждение, назначившее экспертизу. Документы заверяются печатью экспертного учреждения.

Оценка судебно-психиатрического заключения требует не только юридических, но и элементарных судебно-психиатрических знаний, вот почему они включены в систему юридического образования. При несогласии с экспертным заключением назначается повторная экспертиза. Значительное количество повторных экспертиз возлагается на Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского. Заключения, вынесенные сотрудниками центра и экспертами психиатрической больницы, с процессуально-правовой точки зрения, равноценны. Экспертные заключения оцениваются в зависимости от их научной убедительности и соответствия фактическим данным уголовного или гражданского дела.

7. Общая структура организации судебно-психиатрической службы.

В нашей стране судебно-психиатрическая экспертиза в основном находится в ведении органов здравоохранения. Последними при психиатрических лечебных учреждениях создаются амбулаторные судебно-психиатрические комиссии и отделения стационарной судебно-психиатрической экспертизы. Состав экспертов утверждается вышестоящим органом здравоохранения. В соответствии с требованиями законодательства экспертом-психиатром может быть только врач, специализировавшийся в области психиатрии.

В каждой республике, крае или крупном городе при психиатрических больницах или психоневрологических диспансерах существуют амбулаторные судебно-психиатрические экспертные комиссии (АСПЭК). В некоторых регионах таких комиссий несколько, так как учитывается количество жителей и протяженность территории.

Почти во всех областных республиканских психиатрических больницах имеются специальные отделения стационарной судебно-психиатрической экспертизы, часть из которых предназначена для лиц, содержащихся под стражей. В этих же больницах осуществляется принудительное лечение, причем имеются также несколько больниц психиатрических стационаров специализированного типа с интенсивным наблюдением, для больных, совершивших особо опасные действия.

Судебно-психиатрическая экспертиза и проведение принудительных мер медицинского характера осуществляются органами здравоохранения, психиатрическая служба мест лишения свободы подчинена медицинским органам МВД РФ (министерства юстиции).

Научно-методическое обеспечение судебной психиатрии осуществляет Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского.

8. Основные вопросы, разрешаемые СПЭ.

В соответствии с задачами судебно-психиатрической экспертизы можно привести несколько основных типовых вопросов, касающихся обвиняемых.

Болен ли данный субъект в настоящее время каким-либо психическим заболеванием? Если да, то каким?

Был ли болен этот субъект в момент совершения общественно опасного деяния?

Если обвиняемый страдал психическим заболеванием в период правонарушения, то способен ли он был осознавать фактический характер своих действий или руководить ими.

Не страдает ли обвиняемый заболеванием, возникшим после совершения им общественно-опасного деяния, а если страдает, то лишает ли его заболевание способности осознавать характер своих действий или руководить ими?

Если обвиняемый страдает психическим заболеванием, то нуждается ли он в применении к нему мер медицинского характера и каких именно?

В ряде случаев бывает необходима постановка и иных вопросов перед экспертами. Однако вопросы никогда не должны выходить за пределы компетенции эксперта. На разрешение эксперта не должны ставиться:

1) вопросы общего характера. Они должны касаться только конкретного человека;

2) вопросы психологического характера (например, о состоянии сильного душевного волнения — физиологического аффекта). Для этого существует судебно-психологическая экспертиза;

3) вопрос о достоверности (правильности) показаний;

4) вопрос о том, как повлияли отклонения психики на поведение вменяемого человека в конкретной ситуации расследования;

5) вопрос о соответствии психического развития паспортному возрасту.

Контрольные вопросы.

1. Предмет и задачи судебной психиатрии.

2. Общая структура организации судебно-психиатрической службы.

3. Перечислите методы исследования в психиатрии. Какие из них являются основными, а какие — специальными?

4. Что понимают под судебно-психиатрической экспертизой (СПЭ)?

5. В каких случаях закон предусматривает обязательное проведение СПЭ?

6. Права и обязанности психиатра-эксперта.

7. Кто может ходатайствовать о назначении СПЭ перед органами дознания, следователем, прокурором и судом?

8. Основания для назначения СПЭ.

9. Основные вопросы, представленные на разрешение СПЭ, если речь идет об обвиняемом.

10. Каким документом оформляется заключение экспертной судебно-психиатрической комиссии? Из каких разделов состоит данный документ и что в каждом разделе должно быть отражено?

Лекция №2 Понятие вменяемости и невменяемости.

1. Проблемы невменяемости. Öffentlich опасные действия психических больных и применяемые к ним принудительные меры медицинского характера

Вменяемым считается любое лицо, достигшее возраста наступления уголовной ответственности. Согласно ст. 20 УК РФ уголовная ответственность установлена с 16 лет, а для лиц, совершавших тяжкие преступления, с 14 лет. Исключение составляют лица страдающие во время совершения уголовно наказуемого деяния глубоким психическим расстройством. Это обстоятельство делает нарушителя, исходя из уголовно-правового запрета, невменяемым. Он не подлежит уголовной ответственности, однако к нему могут быть применены принудительные меры медицинского характера. Вменяемость и невменяемость являются уголовно-правовыми понятиями. Судебная психиатрия связана с этим, поскольку невменяемость обуславливается болезненными нарушениями психики человека, наличие которой устанавливается в ходе производства по уголовному делу экспертно-психиатрическим путем. 90% судебно-психиатрических экспертиз в России назначается и производится из-за наличия сомнений по поводу вменяемости обвиняемого или осужденного (находящегося на принудительном лечении (эти лица признанные невменяемыми), независимо вменяем или невменяем субъект в зависимости от его психики (И.М. Сеченов, И.П. Павлов, П.К. Анохин, Н.А. Берштейн др.))[5].

Вменяемость и невменяемость являясь юридическими понятиями обобщают явления реальности (объективно существующие отношения), связанное с психической деятельностью человека.

Вменяемость является одной из обязательных характеристик (наряду с возрастом наступления ответственности) субъекта любого преступления.

Понятие невменяемости является противоположным по отношению к вменяемости и определяет совокупность условий, исключающих уголовную ответственность лица вследствие нарушений его психической деятельности, вызванных болезнью. Невменяемость свидетельствует об отсутствии субъекта, а с ним и состава преступления. Невменяемый - субъект не преступления, а общественно опасного деяния, объективные признаки которого предусмотрены особенной частью УК. На невменяемого нельзя возложить уголовную ответственность. Следовательно, к нему неприменимо наказание, которое рассматривается в уголовном праве в качестве средства реализации этой ответственности. Статья 21 УК РФ «Невменяемость» изложена следующим образом:

1. Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, т.е. не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия либо иного болезненного состояния психики.

2. Лицу, совершившему предусмотренное уголовным законом общественно опасное деяние в состоянии невменяемости, судом могут быть назначены принудительные меры медицинского характера, предусмотренные настоящим кодексом.

Указанные в приведенном тексте признаки невменяемости принято называть ее формулой.

Формула невменяемости состоит из двух критериев - медицинского (биологического) и юридического (психологического).

Медицинский критерий невменяемости представляет собой обобщающий перечень психических болезненных расстройств и подразделяется на четыре группы:

- 1) хроническое психическое расстройство;
- 2) временное психическое расстройство;
- 3) слабоумие;
- 4) иное болезненное состояние психики.

К **хроническим психическим** заболеваниям относятся: шизофрения, эпилепсия, прогрессивный паралич, старческие психозы и некоторые другие трудно излечимые или неизлечимые заболевания.

Временное психическое расстройство - это кратковременное или само по себе проходящее заболевание. Длительность этих заболеваний варьируется в широких пределах - от нескольких часов и даже минут (при так называемых исключительных состояниях) до нескольких недель, месяцев, иногда лет. Поэтому признаком временного психического расстройства является не его продолжительность, а принципиальная возможность полного выздоровления, которая при хронических болезнях практически отсутствует.

К этой группе расстройств относятся: бессознательные состояния, т.е. состояния отсутствия сознания, патологический эффект; алкогольные психозы в форме делирия, галлюциноза, параноида, реактивные психозы, симптоматические психозы.

Слабоумие - объединяет стойкие необратимые расстройства познавательной деятельности с обеднением психики, поражением интеллекта, памяти, критических способностей, нарушениями личности.

Различают врожденные (олигофрения) и приобретенное (атеросклеротическое, старческая деменция) слабоумие.

К категории **иного болезненного состояния психики** относятся психические расстройства не попавшие ни в одну из трех первых групп, но способные исключить вменяемость. Сюда входят психопатии (расстройства личности), инфантилизм и некоторые другие виды болезненных состояний.

Медицинский критерий указывает, что невменяемость должна быть обусловлена исключительно психическим расстройством. Это означает, что:

а) психическое расстройство вызывается причинами не зависящими от воли и желания самого больного;

б) неболезненные нарушения психики, которые могут влиять на способность к осознанию своих действий и руководству ими - аффект, опьянение, сильное эмоциональное напряжение и другие. Не относятся к обстоятельствам обуславливающим невменяемость (хотя и могут влиять на уголовно-правовую квалификацию деяния или учитываться при назначении наказания);

в) для установления невменяемости необходима судебно-психиатрическая экспертиза, что нашло отражение в уголовно-процессуальном законе (п. 3, 4 ст. 196 УПК РФ требует проведения экспертизы во всех случаях возникновения сомнений во вменяемости обвиняемого или подозреваемого).

Согласно уголовному праву, вменяемость является предпосылкой вины, а невменяемые субъекты не несут ответственности, т.е. эти категории кардинально различаются. Поэтому задачей судебной психиатрии является совершенствование судебно-психиатрической оценки психических нарушений.

Таким образом юридический критерий невменяемости состоит из двух признаков:

- 1) интеллектуальной (невозможность отдавать себе отчет в своих действиях);
- 2) волевой (невозможность руководить своими действиями).

Представления о вменяемости (и, следовательно, невменяемости) как о стабильном постоянно присущем человеку состоянию чревато неправильной оценкой доказательств и процессуальными ошибками. Например, следователь считает экспертное заключение о наличии у обвиняемого психического расстройства, исключающего вменяемость, необоснованным и противоречащим другим доказательствам, собранным по делу. Согласно последним, до привлечения к уголовной ответственности, данный гражданин не находился под наблюдением психиатров, успешно справлялся со своими служебными обязанностями, а окружающие не замечали в его поведении никаких «ненормальностей». Однако экспертные выводы могут оказаться вполне соответствующими действительности, а их несоответствие другим доказательствам - мнимыми, если психическое расстройство носило кратковременный характер либо началось внезапно, непосредственно перед совершением общественно опасного деяния.

В ч. 1 ст. 81 УК РФ предусмотрено освобождение от наказания лица, у которого после совершения преступления наступило психическое расстройство, лишившее его возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия), либо руководить ими.

При проведении судебно-психиатрической экспертизы к таким лицам применяются медицинские критерии, состоящие из одного признака «психическое расстройство», включающее хроническое расстройство и временное психическое расстройство.

Статья 442 УПК РФ предусматривает возможность развития душевной болезни у субъекта после совершения преступления.

2. Проблема ограниченной вменяемости

В ст. 22 УК РФ имеются утверждения регламентирующие учет психических аномалий преступника при назначении ему наказания.

Включения данной статьи в УК РФ обусловлено тем, что до 75% всех преступлений против личности совершаются лицами страдающими психическими аномалиями. Клинические наблюдения дают основание, что лица с нарушенной психикой нуждаются в повышенном внимании со стороны правоохранительных органов при проведении следствия, судебного разбирательства, а также в период отбывания ими наказания, нередко такие лица нуждаются в лечении.

Статья 22 УК РФ предусматривает уголовную ответственность лиц с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости.

1. Вменяемое лицо, которое во время совершения преступления в силу психического расстройства не могло в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими подлежит уголовной ответственности.

2. Психическое расстройство, не исключающее вменяемости, учитывается судом при назначении наказания и может служить основанием для назначения принудительных мер медицинского характера.

К заболеваниям обуславливающим ослаблению сознательно-волевого контроля за своим поведением в рамках ограниченной вменяемости относится ряд психических состояний: это психические расстройства личности (невроты, психические расстройства вследствие черепно-мозговых травм и органических заболеваний центральной нервной системы (хронический

алкоголизм, наркомания), олигофрения (неглубокие степени слабоумия), эпилепсия без грубых форм изменений личности, шизофрения в период дебюта и ремиссии.

Об ограниченной невменяемости правомерно говорить при условии, если психическое расстройство попадает под медицинские и юридические признаки (критерии

Лица с психическими аномалиями признаются законом способными контролировать свое поведение. Лица с психическими аномалиями могут притворствоваться своим нездоровым наклонностям привести себя в такое состояние, как самовзвинчивания и совершить преступление - такие лица уголовно наказуемы.

3. Меры медицинского характера в отношении психических больных, совершивших общественно опасные деяния

Действующее уголовное законодательство устанавливает, что лица, совершившие противоправные действия в состоянии невменяемости, обусловленной психической болезнью, не являются преступниками и не подлежат наказанию. К таким лицам по определению суда могут быть применены различные меры медицинского характера. Медицинские меры применяются к лицам, совершившим предусмотренных уголовным законом противоправные действия и страдающих психическими расстройствами (алкоголизм или наркомания). Эти меры направлены как на лечение психических больных, так и на защиту общества от общественно опасных действий, совершаемым такими субъектами.

Закон предусматривает принудительные и не принудительные меры медицинского характера таким лицам.

Принудительные меры медицинского характера являются разновидностью медицинских мер, применяемых к психически больному субъекту без его согласия или согласия его законных представителей. Эти меры применяются только по решению суда к лицам страдающим психическими расстройствами и совершивших общественно опасные деяния по основаниям и в порядке, установленным УК РФ и УПК РФ.

Согласно ст. 97 УК РФ лицам с психическими расстройствами судом могут быть применены принудительные медицинские меры.

1) совершившим общественно опасные деяния предусмотренные статьями особенной части УК, в состоянии невменяемости;

2) у которых после совершения преступления наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение или исполнение наказания;

3) совершившим преступление и страдающим психическими расстройствами не исключающими вменяемости;

4) совершившим преступление и признанным нуждающимся в лечении от алкоголизма или наркомании. Общественно опасными деяниями в таких случаях считаются действия или бездействия, предусмотренные в одной из статей Особенной части УК РФ (убийство, изнасилование, разбой, грабеж, кража и др.).

Действующее уголовное законодательство предусматривает четыре вида принудительных мер медицинского характера:

1) амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра. Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение больного производится исключительно по решению суда (ст. 100 УК РФ) на основании рекомендаций судебно-психиатрической экспертной комиссии, в заключении которой должно быть указано (вменяемость или невменяемость субъекта), а также

какие виды принудительных мер медицинского характера необходимо применять по отношению к больному.

2) Принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа проводится по решению суда (ч. 2 УК РФ ст. 101) при наличии заключения экспертов психиатров, в котором должно быть указано, что у подэкспертного имеется тяжелое расстройство психики, а амбулаторное принудительное наблюдение и лечение его малоэффективны. В стационарном психиатрическом лечении нуждается больной в тех случаях, когда характер и тяжесть расстройства психики его угрожает опасность как для самого психически больного, так и для окружающих лиц.

3) Принудительное лечение в психиатрическом и стационаре специализированного типа. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа назначаются субъекту, которому по своему психическому состоянию требуется постоянное наблюдение (ч. 3 ст. 101 УК РФ).

4) Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Принудительное лечение в таких стационарах может быть назначено субъекту, который по своему психическому состоянию представляет особую опасность для себя или для других лиц и требует постоянного и интенсивного наблюдения (ч. 4 ст. 101 УК РФ).

Сроки принудительного лечения судом не устанавливаются. Принудительное лечение продолжается до выздоровления пациента до такого изменения его психики, при котором существенно уменьшается или исчезает опасность, исходящая от пациента для общества, поэтому отпадает применение к нему принудительных мер медицинского характера.

Продление, изменения и прекращение применения принудительных мер медицинского характера осуществляется судом по представлению администрации учреждения, осуществляющего принудительное лечение на основании заключения комиссии врачей психиатров, которые проводят принудительное лечение (ч. 1. ст. 102 УК РФ).

Для решения данного вопроса больные, находящиеся на принудительном лечении, должны не реже 6 месяцев (иногда и раньше) в зависимости от состояния больного подвергнуты освидетельствованию врачебной комиссией для определения их психического состояния, а также для постановки вопроса перед судом об изменении или отмене принудительных мер медицинского характера в случаях выздоровления больного, который проходил принудительное лечение в психиатрическом стационаре ему зачитывается срок наказания из расчета один день пребывания в психиатрическом стационаре за один день лишения свободы (ст. 103 УК РФ).

Контрольные вопросы

1. Что понимают под опасностью психически больного?
2. С какими болезненными расстройствами психики чаще всего связаны опасные действия?
3. Правовые основы назначения мер медицинского характера.
4. Организация проведения принудительного лечения.
5. Меры по предупреждению опасных действий лиц с психическими расстройствами.
6. Понятие вменяемости и невменяемости.
7. Какие критерии содержит формула невменяемости?

Лекция 3. Судебно-психиатрическая экспертиза обвиняемых, свидетелей, потерпевших и осужденных.

1. Судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей и потерпевших

Показания свидетелей и потерпевших на предварительном следствии и судебном разбирательстве могут иметь важное доказательственное значение по уголовному делу.

По этому поводу в законе сказано: «Свидетелем является лицо, которому могут быть известны какие-либо обстоятельства, имеющие значение для расследования и разрешения уголовного дела и которое вызвано для дачи показаний».

Вызов и допрос свидетелей осуществляются в порядке, установленном статьями 187-191 настоящего кодекса» (ст. 56 п. 1, 2 УПК РФ). Органы следствия и суда в качестве доказательств могут использовать различные сведения и материалы (к ним относятся: показание свидетелей, потерпевших, обвиняемых, вещественные доказательства, заключение эксперта, протоколы следствия и судебных доказательств). Органы следствия и суда в своей практической деятельности, опираясь на доказательственную базу перечисленных сведений и материалов устанавливают по существу дела -наличие общественно опасного деяния, виновность субъекта совершивших деяния и иные обстоятельства, имеющие важное значение для правильного решения дела (ст. 74 УПК РФ).

В качестве свидетеля для дачи показаний могут быть вызваны любые лица, которым известны какие-либо факты и обстоятельства по данному делу. От свидетелей требуется, чтобы их показания были правдивы и достоверны. Свидетельские показания, данные психически здоровыми людьми, нередко оказываются недостоверными и вступают в противоречия с действительностью. Эти противоречия могут зависеть от эмоционального состояния свидетеля и потерпевшего, сохранности его долгосрочной памяти, механизмов восприятия воспроизведения событий, индивидуально-личностных особенностей (склонности к реакциям торможения или растерянности в экстремальных ситуациях), его преднамеренного нежелания раскрыть какие-то обстоятельства и ряда других причин. Потерпевшие по закону имеют право отстаивать свои интересы на суде, заявлять отводы эксперту и ходатайствовать об участии в исследовании доказательств, задавать вопросы участникам суда, выражать свое отношение к следствию, знакомится с заключением экспертизы (ст. 56 п. 4 УПК РФ). Одновременно с правами на потерпевшего налагаются и обязанности: потерпевший должен давать правдивые показания, участвовать в очных ставках, опознании подозреваемого, принимать участие в следственном эксперименте, при необходимости могут быть подвергнуты освидетельствованию и обязаны предоставлять образцы своего почерка для идентификации.

Судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей и потерпевших не оценивает достоверность и содержание показаний, это компетенция суда, а констатирует психическое состояние субъекта (свидетеля или потерпевшего) на предмет их способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания.

Говоря юридическим языком осознавать характер своих действий и руководить ими. Определение степени психической зрелости малолетнего потерпевшего входит в компетенцию психолога-эксперта. Психическая зрелость несовершеннолетнего потерпевшего устанавливается судебно-психолого-психиатрической экспертизой. Свои права может реализовать физически и психически здоровый человек. Обычно через судебно-психиатрическую экспертизу проходят субъекты с определенными психическими отклонениями (например, с тормозными замедленными) чертами характера, им свойственны робость, растерянность, нерешительность, застенчивость. Они чувствуют страх перед публичным выступлением на суде. Наконец они не

могут эффективно защитить себя. В связи с вышеуказанным, оценка перечисленных не болезненных психических особенностей психики субъекта осуществляется психологом. В случаях освидетельствования потерпевших и свидетелей с психической патологией (это олигофрены - лица страдающие умственной незрелостью, субъекты с ранним органическим поражением головного мозга, субъекты, перенесшие черепно-мозговую и психическую травму и лица с легкой формой шизофрении).

В заключении эксперта-психиатра, выданное на имя конкретного субъекта с психической патологией, должен содержать указание подтверждавшее его способности осуществлять свои процессуальные функции на разных этапах юридической ситуации с учетом характера психических расстройств и их динамики.

Медицинские критерии определяются понятием «психическое расстройство», которое включает все формы психической патологии в соответствии классификации МКБ-10. Юридические критерии определяют невозможность потерпевшим и свидетелем правильно воспринимать обстоятельства дела и давать о них правильные показания, понимать характер и значение совершенных в отношении их (потерпевших) деяний, оказывать сопротивление - «беспомощное состояние» в период совершения противоправных действий (деяний), осуществлять свои права на защиту в ходе судебного процесса. При освидетельствовании свидетелей решается один вопрос: может ли данное лицо правильно воспринимать обстоятельство, имеющее важное значение для дела и давать о них правильные показания по ходу судебного следствия.

Одним из основных вопросов, которые должен разрешить психиатр-эксперт в ходе проведения экспертизы является определение по психическому состоянию субъекта, его возможность понимать характер и значение совершенных им действий и мог ли последний оказывать сопротивление преступнику; в период совершения преступлений. Заключение экспертизы может быть в последующем использовано следствием и судом в своей работе для интерпретации (истолкования) о «беспомощном состоянии потерпевшего».

При направлении на комплексную судебно-психиатрическую и психологическую экспертизу перед экспертизой ставятся следующие вопросы:

- 1) страдает ли потерпевший или свидетель психическим заболеванием;
- 2) может ли он по психическому состоянию воспринимать обстоятельства дела и давать о них правильные показания;
- 3) не обнаруживает ли он патологической склонности к фантазированию и псевдологии;
- 4) мог ли потерпевший понимать характер и значение совершаемых в отношении него противоправных действий;
- 5) имеются ли у потерпевшего какие-либо личностные особенности, которые оказали влияние на его поведение в криминальной ситуации;
- 6) мог ли потерпевший (потерпевшая) по психическому состоянию оказывать сопротивление в криминальной ситуации;
- 7) по своему психическому состоянию в настоящее время может ли потерпевший участвовать в судебно-следственных действиях.

Комплексная судебно-психолого-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних (КСППЭН) проводится согласно ст. 421, ст. 425, ст. 426 УПК РФ, из которых вытекает, «при наличии данных об умственной отсталости несовершеннолетнего, не связанной с душевным заболеванием, должно быть выявлено также, мог ли он полностью сознавать значение своих действий. Для установления этих обстоятельств должны быть

допрошены родители несовершеннолетнего, его учителя и воспитатели и другие лица, могущие дать нужные сведения, а равно истребованы необходимые документы и проведены иные следственные и судебные действия. Согласно с МКБ-Ю медицинское понятие «умственная отсталость» имеет собирательное значение, объединяющее различное по происхождению формы психической патологии (олигофрения тяжелой формы, травмы головного мозга различной этиологии, интоксикация мозга, связанная с различными болезнями организма, дефектами зрения и слуха), а также влиянием неблагоприятных социально-культурных факторов - неправильное воспитание и педагогическая запущенность и т.д.

Идиотия и имбицильность всегда предопределяет невменяемость.

Экспертная оценка дебилности зависит от степени его выраженности (легкой, умеренной или глубокой), характера сдвигов интеллектуальной деятельности (декомпенсация состояния, психогенные наслоения и реакции, опьянения, психопровокационные дистимические или дистрофические расстройства) и требований конкретной ситуации. При проведении КСППЭН в обязанности эксперта-психиатра входит диагностика формы и вида умственной отсталости, определение структуры и динамики интеллектуального дефекта, соответствующего критериями ст. 20 УК РФ. Оценка его тяжести и степени общей личностной измененности несовершеннолетнего обвиняемого.

2. Психиатрическое освидетельствование осужденных

Судебно-психиатрическое освидетельствование осужденных и заболевших психическими расстройствами в период отбывания наказания в местах заключения и проведения в дальнейшем медицинских мер по отношению к этим лицам регламентированы в ст. 81, 97-104 УК РФ. Согласно закона, если у осужденного во время отбывания наказания возникло психическое расстройство, которое лишает его возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, то такие лица освобождаются от дальнейшего отбывания наказания. В соответствии с законом таким лицам суд назначает принудительные меры медицинского характера. При выздоровлении осужденные должны продолжать отбывать наказание в местах заключения. У осужденных могут встречаться как остро протекающие, полностью обратимые психические расстройства, так и тяжелые хронические психические заболевания. Поводами подозрения психической неполноценности осужденных могут быть: упорные нарушения режима содержания, отказ от работы, создание конфликтных ситуаций, повторные жалобы, необычность поступков (отчужденность, скрытность, отказ от словесного контакта с окружающими). У осужденных могут возникнуть новые заболевания (шизофрения, эпилепсия) или обострение заболеваний, начавшихся до совершения преступлений и не распознанных во время экспертизы в период предварительного следствия. В качестве примера можно сослаться на возникновение тяжелых малокурабельных, трудно поддающихся лечению больных с эпилептическими психозами, с развитием постапоплектического слабоумия и сосудистыми нарушениями, а также с пресенильными психозами и глубокими изменениями личности. Перечисленные психические расстройства лишают больных возможности осознавать общественно опасный характер совершенных действий и руководить ими (т.е. способности их учитывать его последствия). Такие больные подлежат освобождению от дальнейшего отбывания наказания в местах лишения свободы. Медицинская служба исправительно-трудовых учреждений обязаны выявлять среди осужденных лица с психическими расстройствами, препятствующими отбыванию наказания при выявлении направлять их на стационарное освидетельствование врачебной комиссией, которая создается медицинской службой мест заключения.

Перед врачебной комиссией ставятся задачи: определить имеются ли у данного субъекта признаки психического расстройства, установить возможные сроки его возникновения, является ли оно тяжелым хроническим заболеванием или носит временный обратимый характер. В заключении комиссии должны быть указаны рекомендации о применении в отношении обследуемых субъектов мер медицинского характера (принудительное лечение или иные медицинские меры, осуществляемые органами здравоохранения). Эти меры медицинского характера должны исходить из особенностей психического состояния обследуемого с учетом его социальной опасности. При обнаружении у осужденного психического расстройства, которое носит тяжелый хронический характер, препятствующий отбыванию наказания в местах лишения свободы в подобных случаях администрация исправительно-трудовой колонии направляет заключение врачебной комиссии в суд.

Суд, проанализировав обоснованность врачебного заключения согласно ст. 443 УПК РФ, выносит постановление об освобождении от уголовной ответственности и о применении к субъекту принудительных мер медицинского характера (от 97, 98 УК РФ). Если лицо не представляет опасность по своему психическому состоянию для окружающих, либо он совершил незначительное деяние по тяжести, в таких случаях суд выносит постановление о прекращении уголовного дела и об отказе в применении к нему принудительных мер медицинского характера, одновременно суд решает вопрос об отмене мер пресечения.

При этом суд должен в течение пяти суток передать необходимые материалы органам здравоохранения для решения вопроса о лечении этих субъектов или направлении их в психоневрологическое учреждение социального обеспечения (ст. 96 УК РФ). При возникновении у суда сомнений в правильности заключения врачебной комиссии, суд вправе назначить судебно-психиатрическую экспертизу.

В отдельных случаях у осужденных из-за психической травмы могут возникнуть разнообразные клинические формы реактивных состояний (в связи с изменением привычного жизненного стереотипа). Такие изменения проявляются у психопатических личностей, у лиц с церебрально-сосудистыми нарушениями, при органических поражениях мозга, при эпилепсии и прочих заболеваниях. Эти психические расстройства могут возникнуть остро или развиваться постепенно. Течение болезни может носить различный характер, т.е. может ограничиваться кратковременными реакциями или принимать длительное затяжное течение с выраженной невротической или психопатологической симптоматикой. Для этих состояний характерной чертой является отсутствие прогрессивности (т.е. болезнь имеет переходящий и обратимый характер течения). Такие субъекты направляются на стационарное лечение в психиатрические больницы мест лишения свободы, а после улучшения или выздоровления их психического состояния - эти лица могут продолжать отбывать наказание, если не истекли сроки давности (ч. 4 ст. 81 УК РФ).

Одной из важнейших функций медицинской службы в исправительно-трудовых колониях является осуществление систематического контроля над проводимыми лечебно-профилактическими и реабилитационными мероприятиями в отношении осужденных лиц с психическими нарушениями, у которых не исключается возможность, что не препятствует отбыванию наказания в местах заключения (ст. 22 УК РФ). Этот контингент осужденных преимущественно является психопатическими личностями. К ним можно перечислить субъекты с нерезко выраженной умственной недостаточностью, и лица с остаточными явлениями после перенесенных в прошлом органических поражений головного мозга разного генеза и эпилепсия без выраженных расстройств психики. Перечисленный контингент осужденных нуждается в

оказании систематической амбулаторной психиатрической помощи, а при наличии показаний оказание им лекарственной помощи, а также содействия им в организации трудотерапии. При значительном глубоком нарушении состояния психики данной группой лиц необходимо их направлять на стационарное лечение в психиатрические больницы мест лишения свободы.

Статья 29 ГК РФ содержит два критерия для признания гражданина недееспособным:

а) медицинский критерий - объединяет в обобщенном понятии все формы существующих психических расстройств, которые могут быть обусловлены различными причинами и характеризоваться различной психопатологической симптоматикой и различным течением болезни;

б) юридический критерий определяет характер и глубину этих расстройств. Клинические наблюдения свидетельствуют, что не всегда психические расстройства сопровождаются неспособностью больного «понимать значение своих действий или руководить ими».

Для признания гражданина недееспособным необходимо совпадение медицинского критерия с юридическим. Определяющим здесь является тяжесть выявленного психического расстройства - лишаящего (не лишаящего) субъекта способности понимать значение своих действий и руководить ими.

Круг вопросов, рассматриваемый судебно-психиатрической экспертизой в гражданском процессе разнообразен: о признании больного недееспособным в связи с возникшим сомнением у суда, о психиатрической полноценности истца или ответчика, когда рассматривается дело судом по заявлению родственников или других лиц о признании совершенной им сделки или оформленные ими документы по данному делу считать недействительными, что эти действия совершены психическими больными или при наличии у них признаков психического расстройства. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе может быть также проведена при предъявлении иска о признании брака недействительным или для его расторжения; она может быть проведена при возникновении спора о воспитании детей при наличии психического расстройства у одного из родителей, а также для определения психического состояния свидетеля.

В гражданском процессе судебно-психиатрической экспертизой могут быть рассмотрены следующие вопросы:

1. Признание гражданина недееспособным.

В статье 29 ГК РФ говорится, что судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе назначается по делам о признании лица недееспособными при необходимости установления над ним опеки.

2. Считать иск о признании сделки недействительным.

Этот вопрос возникает в случаях заключения договорных и иных обязательств (в частности при купле и продаже, а также при обмене жилой площади между договорившимися сторонами, а также в случаях при дарении или завещании имущества и денежных средств наследникам или другим лицам).

Психиатр-эксперт при вынесении экспертного заключения по перечисленной категории дел руководствуется оценкой психического состояния подэкспертного в момент совершения им сделки.

При вынесении судебно-психиатрического заключения о недееспособности наряду с синдромальной квалификацией психического состояния подэкспертного большое значение имеет правильная оценка течения заболевания и установление его клинического прогноза.

Необходимо воздержаться от решения вопроса о недееспособности гражданина в период обострения психики или в период становления ремиссии болезни, так как указанные периоды болезни, характер и структура дефекта еще полностью не сформировались. При наличии бредовых синдромов дееспособность больных (данное время) исключает.

Контрольные вопросы

1. Понятие вменяемости и невменяемости.
2. Какие критерии содержит формула невменяемости?
3. Из каких признаков состоит медицинский критерий формулы невменяемости?
4. Как формулируется юридический критерий невменяемости?
5. Из каких признаков состоит юридический критерий невменяемости?
6. Обязательное условие невменяемости.
7. Уголовная ответственность лиц с психическим расстройством, не исключающим вменяемости.

Лекция 4. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе.

1 Понятие недееспособности. Критерии недееспособности.

В практике судебно-психиатрической экспертизы освидетельствование на предмет определения дееспособности (экспертиза по гражданским делам) встречается реже, чем решение вопроса о вменяемости. Тем не менее, этот вид экспертизы имеет особо важное значение, поскольку направлен на защиту гражданских прав и интересов лиц с психическими расстройствами — участников гражданского процесса. Это могут быть иски о признании сделки недействительной, о возмещении причиненного вреда, дела о признании брака недействительным или о расторжении брака, судебные споры о воспитании детей при наличии у одного из супругов психического заболевания.

Неотъемлемой частью гражданского законодательства является вопрос о правоспособности. Согласно действующему закону, правоспособность граждан рассматривается как их способность иметь гражданские права и обязанности, она признается в равной мере за всеми гражданами с момента их рождения и сохраняется за ними на протяжении всей жизни, независимо от их возможности лично осуществлять права (ст. 17 ГК РФ).

Понятие правоспособности тесно связано с понятием дееспособности. Под дееспособностью закон понимает способность гражданина своими действиями приобретать и осуществлять гражданские обязанности и исполнять их (ст. 21 ГК РФ).

Гражданская дееспособность в полном объеме возникает с наступлением совершеннолетия, т. е. по достижении 18-летнего возраста. Связывая возникновение дееспособности в полном объеме с наступлением совершеннолетия, закон исходит из того, что именно с этого возраста человек достигает психической зрелости и приобретает тот жизненный опыт, который позволяет психически здоровому человеку правильно понимать и регулировать свои действия.

Критерии недееспособности, которыми руководствуется суд и применительно к которым должны давать заключения судебно-психиатрические эксперты, сформулированы в ст. 29 ГК РФ. Согласно положениям этой статьи, гражданин, который вследствие психического расстройства не может понимать значения своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным.

Недееспособность включает в себя два критерия: медицинский — психическое расстройство и юридический(психологический) — невозможность понимать свои действия или руководить ими. В свою очередь психологический критерий определяется сочетанием двух компонентов: интеллектуального (понимать значение своих действий) и волевого (руководить своими действиями). Для признания недееспособным лица с психическими расстройствами необходимо наличие и медицинского и психологического критериев. Признание гражданина недееспособным — исключительная прерогатива суда в порядке, предусмотренным Гражданским процессуальным кодексом.

2 Отличие понятий недееспособности и невменяемости

Хотя понятия недееспособности и невменяемости имеют много общего, отождествлять их нельзя. Вопрос о вменяемости возникает лишь при совершении общественно опасного деяния, предусмотренного уголовным законом, и относится к конкретному поступку субъекта, происшедшему в определенный промежуток времени. Недееспособность и невменяемость совпадают при установлении у него хронического психического заболевания, влекущего за собой стойкие и выраженные изменения психической деятельности.

Наиболее полный и конкретный перечень патологических состояний содержится в критерии невменяемости. Критерий недееспособности утрачивает понятие временных психических расстройств и иных болезненных состояний, что связано с прогностическим смыслом недееспособности, необходимостью учреждения опеки, изменения гражданского статуса лица. Очевидно, что временные расстройства не влекут за собой таких мер. А если в этом болезненном периоде совершен тот или иной гражданский акт, то экспертный вопрос может решаться применительно ст. 56 Гражданского Кодекса РСФСР. Иные болезненные состояния, под которыми обычно понимают психопатии, как правило, также не обнаруживают глубоких сдвигов, которые требовали бы учреждения опеки.

Устанавливая невменяемость испытуемого, эксперты обязаны указать в своем заключении, в каких мерах медицинского характера нуждается лицо в зависимости от его психического состояния. Гражданское законодательство не предусматривает возможности применения медицинских мер к истцам и ответчикам.

Когда решается вопрос о вменяемости, то вывод может быть только однозначным — вменяем или невменяем. Гражданское же законодательство предусматривает частичную недееспособность.

3. СПЭ по различным категориям дел в гражданском процессе.

Главные вопросы, которые ставятся в гражданском процессе, сводятся к выяснению дееспособности и нуждаемости лица в учреждении над ним

опеки, а также к решению вопроса о психическом состоянии лица в момент совершения им той или иной сделки.

1. Наиболее часто судебно-психиатрическая экспертиза назначается для определения психического состояния лица, когда решается вопрос о признании его недееспособным вследствие психического расстройства с целью учреждения над ним опеки (ст. 260 ГПК РФ). При этом эксперты должны решить вопрос о наличии психического расстройства и о влиянии его на способность подэкспертного понимать значение своих действий или руководить ими. Не все психические расстройства обуславливают недееспособность, а только такие расстройства, которые достаточно выражены, значительно снижают критическое отношение к окружающему и собственной личности, искажают оценку реальных событий и своего состояния, нарушают поведение, препятствуют поддержанию адекватного контакта с действительностью и лишают больных возможности принимать осознанные решения.

2. Следующей категорией дел, по которым назначается судебно-психиатрическая экспертиза, являются дела о признании имущественной сделки недействительной. Иски о признании недействительной той или иной сделки подаются в суды при оспаривании договоров купли или продажи, обмена жилой площади, актов дарения.

Гражданское право признает недействительной сделку, совершенную гражданином, признанным недееспособным. Согласно ст. 171 ГК РФ, ничтожна сделка, совершенная гражданином, признанным недееспособным, вследствие психического расстройства. Каждая из сторон такой сделки обязана возвратить другой все полученное в натуре, а при невозможности возвратить полученное в натуре возместить его стоимость в деньгах. Эксперты должны также оценивать психическое состояние и глубину психических расстройств у лиц, которые, хотя и были дееспособными, но в период совершения сделки не могли понимать значение своих действий или руководить ими. Как видно из ст. 177 ГК РФ, сделка, совершенная гражданином, хотя и дееспособным, но находившимся в момент ее совершения в таком состоянии, когда он не был способен понимать значение своих действий или руководить ими, может быть признана судом недействительной по иску этого гражданина либо иных лиц, чьи права или охраняемые законом интересы нарушены в результате ее совершения. При этом, поскольку период совершения сделки ограничен точными временными границами, при производстве этого рода судебно-психиатрических экспертиз необходимо как можно более точно установить время начала психического расстройства, решить вопрос о том, насколько была выражена болезненная симптоматика. Основная экспертная задача — лишили ли человека эти психические расстройства способности в то время понимать значение своих действий или руководить ими. В практике судебно-психиатрической экспертизы бывают такие случаи, когда психические расстройства возникали уже после совершения тех или иных сделок, в таких случаях гражданские акты считаются действительными.

3. Дела о признании брака недействительным. Согласно ст. 14 СК РФ, не допускается заключение брака с лицом, признанным судом недееспособным.

Поскольку закон предусматривает в числе оснований признания брака недействительным отсутствие взаимного согласия лиц, которые вступают в брак, то брак может быть признан недействительным и в тех случаях, когда согласие на его заключение было дано лицом, которое в момент регистрации брака вследствие психического расстройства не могло понимать значения своих действий или руководить ими (ст. 28 ч. 1 СК РФ). В указанных случаях суд для рассмотрения дела по существу, с целью определения психического состояния лица, назначает судебно-психиатрическую экспертизу. Проводя судебно-психиатрическую экспертизу, необходимо установить, страдал ли человек в момент вступления в брак психическим расстройством, было ли это психическое расстройство столь выраженным, что оно лишало этого человека возможности понимать значение своих действий или руководить ими.

4. Дела о расторжении брака. Само по себе наличие у одного или обоих супругов психического расстройства не является основанием для расторжения брака. Однако при выяснении вопроса о наличии или отсутствии оснований к расторжению брака суд учитывает, в числе прочих, также особенности психического расстройства у одного или обоих супругов, если эти особенности могут препятствовать их дальнейшей совместной жизни.

Если один из супругов, страдающий психическим расстройством, признан судом недееспособным, то расторжение с ним брака производится по заявлению другого супруга в органах ЗАГСа (ст. 19 СК РФ). В тех случаях, когда имеются разногласия по поводу имущества или детей, споры рассматриваются в суде. Таким образом, при расторжении брака лицо с психическим расстройством может быть направлено на судебно-психиатрическую экспертизу для решения вопроса о способности понимать значение своих действий или руководить ими.

5. Судебно-психиатрическая экспертиза может быть назначена при рассмотрении судами споров об ограничении родительских прав или об отобрании ребенка. Согласно ст. 73 СК, ограничение родительских прав допускается, если оставление ребенка с родителями опасно для него по обстоятельствам, от родителей не зависящим. Этим обстоятельством может являться психическое расстройство одного или обоих родителей. В случаях, если существует непосредственная угроза жизни или здоровью ребенка, закон допускает и его отобрание (ст. 77 СК).

6. Психическое состояние подэкспертного и его способность или неспособность вследствие психического расстройства понимать значение своих действий или руководить ими устанавливаются психиатрами-экспертами по делам о нарушении обязательств — на момент неисполнения либо ненадлежащего исполнения обязательств. Признание ответчика неспособным понимать значение своих действий или руководить ими означает отсутствие вины как условия ответственности за нарушение обязательств.

7. Судебно-психиатрические экспертизы могут проводиться по делам, возбуждаемым в рамках гражданского судопроизводства по жалобам граждан на действия специалистов, принимающих участие в оказании психиатрической помощи. Как правило, это дела по поводу применения тех или иных видов

психиатрической помощи без согласия граждан, а также по поводу установления ограничений на выполнение отдельных видов деятельности.

В соответствие со ст. 47 Закона РФ о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании, обжалованию подлежат действия специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи, ущемляющие права или законные интересы граждан. По смыслу этой статьи, предметом рассмотрения суда не может являться сам по себе диагноз психического заболевания. Закон не рассматривает диагноз как фактор, способный ущемить права или законные интересы гражданина. Диагноз заболевания — это медицинская категория, не имеющая самостоятельного правового значения. Только в тех случаях, когда на основании установленного врачами диагноза предпринимаются действия, ограничивающие свободу личности, ущемляющие ее права и законные интересы, суд, рассматривая иск по поводу этих действий, будет вынужден затронуть и вопрос диагноза, но только как одну из предпосылок к их совершению.

При рассмотрении таких вопросов суд, не обладающий специальными познаниями в области психиатрии, может прибегнуть к судебно-психиатрической экспертизе. Вероятны при этом вопросы об обоснованности проведенного психиатрического освидетельствования, об обоснованности госпитализации в психиатрическую больницу без согласия лица или его законного представителя, об обоснованности недобровольного содержания в психиатрической больнице, об обоснованности проведения лечения без согласия пациента, об обоснованности установления диспансерного наблюдения, об обоснованности ограничений в выполнении отдельных видов профессиональной деятельности или деятельности, связанной с источником повышенной опасности.

В зависимости от характера гражданского дела, рассматриваемого судом, перед экспертами формулируются и соответствующие вопросы.

Если суд рассматривает вопрос об обоснованности проведенного психиатрического освидетельствования (ст. 23 Закона о психиатрической помощи), то перед психиатрами-экспертами правомерно могут быть поставлены вопросы о том, страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждался ли он в психиатрическом освидетельствовании. При этом следует учесть, что психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя в тех случаях, когда имеются данные о совершении обследуемым действий, дающих основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства. В свою очередь, психическое расстройство должно обуславливать:

- а) непосредственную опасность для себя или окружающих,
- б) беспомощность, т. е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности,
- в) существенный вред здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Рассматривая заявление об обоснованности госпитализации в психиатрическую больницу без согласия больного или его законного представителя, суд вправе поставить перед экспертом вопрос о том, страдал ли больной тяжелым психическим расстройством, которое обуславливало перед

госпитализацией его непосредственную опасность для себя или окружающих, или его беспомощность, или существенный вред его здоровью.

В случаях, когда больные оспаривают в суде установление над ними наблюдения в психоневрологических диспансерах, эксперты должны, прежде всего, ответить на вопрос о том, страдает ли лицо каким-либо психическим расстройством и страдало ли им на момент принятия врачебной комиссией решения об установлении диспансерного наблюдения. Самого факта наличия психического расстройства недостаточно. Необходимо еще установить качество этого расстройства, т. е. оценить его с точки зрения присутствия таких критериев, как "хроническое или затяжное с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями". Важно установить, нуждалось ли лицо в период принятия оспариваемого решения в установлении диспансерного наблюдения.

Суды вправе поставить экспертные задачи и при рассмотрении дела, связанного с ограничением выполнять тот или иной вид деятельности. В этих случаях необходимо установить факт наличия (отсутствия) психического расстройства, оценить его характер и выраженность, а также установить соответствие (несоответствие) психического расстройства утвержденному Правительством РФ перечню медицинских психиатрических противопоказаний к данному виду деятельности. Необходимо решить, препятствует ли данное расстройство, и если да, то каким образом, успешному или безопасному выполнению данного вида деятельности.

Судебно-психиатрическая практика настоящего времени свидетельствует о росте посмертных судебно-психиатрических экспертиз по гражданским делам.

8. Заочная (посмертная судебно-психиатрическая экспертиза по гражданским делам назначается судом в тех случаях, когда лица, совершившие тот или иной оспариваемый гражданский акт, являются умершими. Обычно это споры о наследстве, когда возникает сомнение в психической полноценности завещателя; о договорах дарения или заключении браков, в результате которых возникают имущественные споры между наследниками покойного. Процедура назначения такой экспертизы проводится в соответствии с положениями гражданского и гражданско-процессуального кодексов. Причем в ГК РФ отсутствует понятие завещательной дееспособности, поэтому оценка психического состояния завещателя проводится применительно к положениям ст. 177 ГК РФ как односторонняя сделка.

Посмертная экспертиза для решения вопроса о возможности лица понимать значение своих действий или руководить ими — вид экспертизы, при котором проводится анализ прошлых событий жизни и определяется психическое состояние лица к моменту оспариваемого гражданского акта. Подходы к диагностике при очной и при посмертной экспертизе идентичны. Они слагаются из сбора информации о больном, анализе этой информации и синтезе полученных сведений с определением ведущего синдрома, нозологической сущности заболевания и степени выраженности психопатологического процесса. Уже на этой основе решается вопрос о возможности лица при жизни (на момент составления завещательного распоряжения, договора дарения, совершения сделки

или вступления в брак) правильно понимать значение своих действий или руководить ими.

Контрольные вопросы.

1. Отличие понятий недееспособности и невменяемости
2. Понятие недееспособности. Критерии недееспособности
3. СПЭ по различным категориям дел в гражданском процессе

Лекция 5. Понятие о психическом заболевании

Психические болезни - это результат сложных и разнообразных нарушений деятельности различных систем организма человека с преимущественным поражением головного мозга, особенно его высших отделов.

П.Б. Ганнушкин - один из основоположников Советской психиатрии писал: «Душевная болезнь связывается с состоянием всего организма, с врожденной конституцией индивидуума, с состоянием его обмена веществ, с функционированием его эндокринной системы, наконец, с состоянием нервной системы. Головной мозг является только главной ареной на которой разыгрываются и развертываются все действия». Поэтому при изучении психических заболеваний необходимо учитывать состояние организма в целом.

Причины психических болезней многообразны. Среди них можно выделить следующие:

Патологическая наследственность. Четко установленные в настоящее время наследственные болезни с прямой передачей потомкам конкретных клинически выраженных патологических признаков составляют небольшой процент психических болезней и относятся в основном к олигофрениям. Клинический опыт и специальные исследования подтверждают, что шизофрения передается по наследству. Статистика свидетельствует, что при болезни одного из родителей дети страдают шизофренией в 16% случаев, при болезни обоих родителей число больных детей увеличивается два раза. Воздействие различных эндо- и экзогенных вредных факторов на развивающийся мозг плода при внутриутробном развитии способствует к его умственной отсталости различной степени.

Психические заболевания могут возникнуть в следствие острых и хронических отравлений и в результате заболевания инфекционными болезнями. Среди отравлений, вызывающих психическое расстройство доминирующее место по частоте занимает этанол, злоупотребление им может привести к возникновению алкогольных психозов. Психозы также возникают при употреблении наркотических веществ - гашиша, морфия и др. Из инфекционных заболеваний вызывающие психические расстройства личности доминирующее место занимают энцефалит, тиф, корь и коклюш. Психические заболевания могут возникнуть вследствие самоотравления организма продуктами нарушения обмена веществ (аутоинтоксикация), нарушения обмена веществ, вырабатываемые в организме вследствие распада функции органов и систем организма (например, при диабете и раке). Психические расстройства могут возникнуть при отравлении промышленными ядами (ртуть, пестициды и инсектициды, тетраэтилсвинец), а также при неправильном употреблении некоторых лекарственных препаратов (акрихина, атропина). Отдельные авторы считают, что при самоотравлении организма продуктами распада новообразований могут привести к возникновению шизофрении. Причиной психических

расстройств может быть черепно-мозговая травма (ушибы, сотрясения или ранения головного мозга).

Нарушение мозгового кровообращения на почве атеросклероза сосудов головного мозга, кровоизлияния в мозг могут также привести к психическим нарушениям. Психические заболевания могут также возникать на почве психических травм. Психическая травма может быть внезапной, острой, шоковой и длительной, хронической. Обычно эти травмы затрагивают личностные стороны субъекта, т.е., чести достоинства и социального престижа. Острая травма обычно представляет угрозу для жизни и здоровья самого субъекта или его близких людей. Для развития и возникновения психических болезней требуется наличие определенных условий, в частности ослабление организма различными соматическими заболеваниями, отравлениями, хронической вынужденной бессонницей и различными психическими потрясениями, условия внешней и внутренней среды организма в зависимости от конкретных обстоятельств могут или привести или препятствовать возникновению психической болезни. Эти же условия определяют проявление клинических симптомов и на особенности течения возникшего психического заболевания.

Ряд психических заболеваний развивается быстро и заканчивается полным выздоровлением. К этим заболеваниям можно отнести: алкогольные психозы (белая горячка), острые психозы при общих инфекционных заболеваниях, острые реактивные состояния. Многие заболевания характеризуются длительным течением, часть этих заболеваний отличается постепенным появлением и нарастанием психических нарушений. По терминологии ст. 21 УК РФ это так называемые хронические психические расстройства. В течение хронических психических заболеваний различают несколько стадий:

стадия предвестников - характеризуется симптомами, общими для самых разнообразных болезней в этом периоде: головными болями, раздражительностью, тревожностью, снижением умственной работоспособности, ощущением недомогания, нарушением сна и т.п.

В дальнейшем появляются симптомы, которые характерны для данного заболевания:

начальная стадия (или дебют) болезни может развиваться постепенно или быстро, остро и характеризуется такими симптомами: бредовые идеи, галлюцинации, речедвигательное возбуждение. Наблюдается развернутая картина болезни, которая также характеризуется определенными закономерностями течения. Темп нарастания болезненных симптомов может быть быстрым, тогда говорят о злокачественном течении болезни, или медленным, длительным, с постепенным расширением болезненных проявлений при прогрессирующих заболеваниях, приводящих к психическому дефекту личности (шизофрения, эпилепсия).

Хронические психические заболевания могут протекать непрерывно с постепенным нарастанием психического дефекта и проявлением специфического слабоумия и в виде приступов, которые перемеживаются с состояниями улучшения (ремиссии) с большей или меньшей сохранностью психических функций в эти периоды болезни. Повторные приступы болезни обычно приводят к ослаблению памяти с последующей инвалидизацией больного. Не всегда прогрессирующие психические болезни приводят к слабоумию. В таких случаях трудоспособность у больного сохраняется, психика не страдает, интенсивное лекарственное лечение хронических больных с психическими расстройствами могут способствовать к значительному улучшению состояния психического здоровья больных на длительный период времени, или же может привести к практическому выздоровлению его.

Ценные сведения о развитии личности, об особенностях проведенных исследований обследуемого субъекта можно получить из материалов уголовного (гражданского) дела, где проведены описания психического состояния подэкспертного. Психические болезни проявляются в виде нарушения процессов восприятия, памяти, мышления, интеллекта, эмоций, воли, влечения, поэтому при описании и классификации (признаков) психических болезней исходит из особенностей названных изменений. В связи с этим всесторонний анализ клинических данных и материалов дела позволяет исследователю правильно установить диагноз болезни. Для объективной оценки заключений экспертов, юристам необходимо иметь представление о методах обследования психических больных. Психическое обследование подэкспертного начинается со сбора анамнеза: сведений о физическом и психическом развитии и состоянии психического здоровья испытуемого как в прошлом времени, так и в период исследования его. В анамнез больного также входят сведения о наследственности (т.е. психических) и кроме того, о чертах характера его родителей и близких родственников, о его развитии в разные возрастные периоды, о чертах его характера и их изменениях (если таковые имели место), выясняют особенности обучения, усвоения им школьной программы, овладения им профессиональными знаниями и навыками, уточняют об интересах, привычках, увлечениях субъекта, о его семейной жизни, о перенесенных им в прошлом болезнях (черепно-мозговых травмах, употребления им алкоголя и наркотиков). Имел ли он судимости и правонарушения в прошлом. Нужно тщательно собрать сведения о психических отклонениях, странностях в поведении подэкспертного, проходил ли он лечение у психиатров, пребывал ли он под наблюдением психоневрологических и наркологических диспансеров. Важное значение имеет уточнение с какого возраста у испытуемого появились психические расстройства и в чем они выражались конкретно на протяжении всего времени вплоть до экспертизы. Для достоверной оценки сведений полученные путем опроса испытуемого и его родственников необходимо собрать сведения от нескольких свидетелей и сопоставлять их между собой и дополнить их сведениями полученные от учебных, производственных и общественных организаций. Эти сведения собирает следователь из материалов уголовного (гражданского) дела. Беседа врача эксперта с родственниками испытуемого производится только с разрешения следователя, в исключительных случаях. Для экспертной оценки психического состояния подэкспертного используются подлинники медицинских документов (истории болезни, амбулаторная карта, рентгенограмма и т.д.). Важное значение для правильной оценки психики испытуемого имеют материалы судебного дела (показания свидетелей), которые характеризуют его поведение в быту и на работе в прошлом до совершения им правонарушения. В соответствии с существующим положением психиатрические больницы и диспансеры высылают выписки (из истории болезни и других медицинских документов) о больных только по запросам судебно-следственных органов. Психическое состояние больного исследуется путем бесед с ним и наблюдением за его поведением. При стационарной судебно-психиатрической экспертизе наблюдение за поведением больных осуществляется круглосуточно врачом и средним и младшим медицинским персоналом (при обходах, во время беседы с больным, в период их нахождения в палате и прогулок в процессе трудотерапии). Необходимо обращать внимание в какой конкретной ситуации и какие именно изменения проявляются в психике больного (наличие припадков, агрессивность в поведении, особенности характера его взаимоотношений с окружающими лицами).

Психические расстройства вызывающие грубые органические поражения мозга сопровождаются возникновением патологических рефлексов (Бабинского, Росоломо) они не наблюдаются у здоровых людей с

нормальной психикой. Расстройство чувствительности может проявляться в ее повышении (гиперстезия), когда обычные раздражения воспринимаются необычайно остро и болезненно, или наоборот, в ее понижении (гипостезия), доходящем до полной потери ощущения. Иногда наблюдаются необычайные неприятные ощущения, возникающие без внешних раздражителей (парестезии, синестопатии). Расстройства двигательных функций проявляются в полной утрате движений конечностей (паралич), или частичном ограничении возможности движений (парез) могут наблюдаться также непроизвольные движения (гиперкинезы и судороги). Тонические судороги характеризуются длительным сокращением и напряжением мышц, а клонические судороги быстрой по переменной сменой напряжения и ослабления мышц. Приступы судорог, возникающие периодически и охватывающие большую часть мускулатуры тела называются судорожным припадком. В некоторых случаях нарушается плавность движений, способность их координировать, появляется угловатость. Больной теряет способность производить сложные, хотя и заученные действия, например не может писать, зажечь спичку, завести часы и т.п.

Существенное значение приобретают лабораторные методы при клинических исследованиях больных с психическими расстройствами для постановки клинического диагноза (проводятся: определение форменных элементов крови, химических веществ в плазме крови), а также исследование крови и спинно-мозговой жидкости на сифилис. Кроме того, производятся специальные биохимические и иммунологические исследования психических больных.

1.Симптоматология психических заболеваний.

Психические болезни проявляются в нарушении процессов восприятия, памяти, мышления, интеллекта, эмоций, воли, влечений. Поэтому при описании и классификации признаков (симптомов) психических болезней исходят из особенностей названных изменений.

Симптом психической болезни не психопатологическое, а медицинское понятие. Симптомы болезни - это клинические критерии патологического состояния организма. Симптомы (признаки) психических заболеваний разнообразны. Сочетание отдельных родственных по происхождению симптомов составляет синдром.

Сенсопатии - это симптомы, характеризующие различные нарушения чувственного познания: ощущения, восприятия, представления. Эти симптомы свидетельствуют о нарушении абстрактного познания (мышления, суждения, критики) и сопровождаются изменением поведения больных. Поражение чувственной основы познания сопровождается рядом симптомов:

- а) гиперстезия - повышение восприимчивости естественных внешних раздражителей, нейтральных при нормальном состоянии;
- б) гипостезия - понижение восприимчивости внешних раздражителей;
- в) сенестопатия - разнообразные неприятные, тягостные ощущения, возникающие в различных частях тела, которые в отличие от галлюцинаций лишены предметности.

2.Расстройства восприятия

Восприятие - это отражение предметов и явлений окружающей нас действительности, непосредственно воздействующих на органы чувств.

Галлюцинации - это восприятие, возникающие без реально существующего объекта. Это одна из форм нарушения чувственного сознания, когда восприятие возникает без реального объекта. Галлюцинации многообразны и делятся по видам анализаторов, в которых они возникают: зрительные, слуховые, тактильные, обонятельные, вкусовые, галлюцинации общего чувства.

Зрительные галлюцинации бывают бесформенными - пламя, дым, туман (фотопсии) и предметными: натуральной, уменьшенной (микроскопической) и увеличенной гигантской (макроскопической) величины; бесцветными, естественно окрашенными или крайне интенсивной окраски; подвижными или неподвижными; неменяющимися по содержанию (стабильные) и постоянно меняющимися в виде разнообразных событий, разыгрывающихся как на сцене или как на киноэкране (сценоподобные).

Сложные галлюцинации - это одновременное существование нескольких видов галлюцинаций (слуховых, зрительных и др.). Возникновение галлюцинаторного зрительного образа (обычно человека), вне поля зрения больного носит название экстракомпинной галлюцинации.

Псевдогаллюцинации - это нарушения восприятий в любом анализаторе чувств (зрительные, слуховые и т.д.), возникающие как и истинные галлюцинации, без наличия реального объекта. В отличие от истинных галлюцинаций, псевдогаллюцинации характеризуются ощущением их сделанности или насильственности (голоса передаются, а зрительные образы показываются или передаются при помощи техники), часто отличаются интропроекцией образов («голоса» слышит внутри головы «внутренним оком») и никогда не отождествляются с реальностью, т.е. лишены характера объективной реальности.

Иллюзии - это ошибочное, искаженное восприятие реально существующего объекта зрения или слуха (слуховые или зрительные иллюзии).

3. Расстройства мышления

Мышление - это высшая форма отражения и познания объективной реальности человеком, установление внутренних связей между предметами и явлениями окружающего мира.

Интеллект - это ум человека, уровень умственной деятельности, способность человека на базе знаний и жизненного опыта пользоваться мыслительными операциями. Расстройство мышления (ассоциативного процесса):

ускорения мышления - легкость появления и увеличения количества ассоциаций возникающих безостановочно;

скачка идет — непрерывная смена одной незаконченной мысли другой;

замедления мышления - число ассоциаций уменьшается, они возникают с трудом;

бессвязное мышление - речь представляет набор несвязанных смыслом слов;

обстоятельность мышления - застревание на не существенных деталях, неумение выделить главное;

резонерство - пространные бесплодные рассуждения;

персеверация мышления - на разные вопросы дается один и тот же ответ за счет моделирования в сознании ограниченного числа мыслей и представлений, например: «Как Вы себя чувствуете?» - «Плохо», «Что у Вас болит?» - «Плохо» и т.д.

Бред — ложное умозаключение, которое противоречит действительности и всему предшествующему опыту больного, но не поддающиеся разубеждению, возникающие у психически больных людей. Выделяют:

первичный бред - нарушена логика рассуждений, ложные суждения подкрепляются доказательствами, патологическому толкованию подвергаются все события окружающего;

бред образный - доминирует нарушение чувственного познания, бредовые идеи возникают без системы, они не доказываются, принимаются как данность;

бред аффективный - своим содержанием отражает настроение, аффект. При аффективном бреде не наступает необратимых, как при первичном бреде, изменений личности.

По содержанию различают: бред преследования, отравления, ревности, ипохондрический (бред, болезни), воздействия, ущерба, изобретательства, величия, эротический (любовный), сутяжный.

Растерянность - мучительное для больных непонимание происходящих как с окружающим, так и с ними самими изменений, развивается при острых психических нарушениях.

4. Патология чувств.

Эмоция (чувство) характеризует отношение человека к тому или иному явлению. К расстройствам эмоций относят: эмоциональную холодность, эмоциональную тупость, эмоциональная неадекватность. В основе эмоций лежат два признака: длительность и степень выраженности того или иного чувства. В зависимости от этого различают настроение, страсть и аффект.

Настроением называется длительное эмоциональное состояние, не достигающее значительной интенсивности и не имеющее существенных колебаний в течение достаточно длительного периода времени (от часа до нескольких дней). К расстройствам эмоций относят эмоциональную холодность, эмоциональную неадекватность.

Страсть - это устойчивое и сильное чувство. Сильная и продолжительная страсть может касаться удовлетворения и низших и высших потребностей человека. Страсть определяется наличием воли и выраженной целенаправленностью. Наивысшее напряжение чувств носит название аффекта.

Аффект - это предельно выраженная, но кратковременная эмоция, эмоциональная вспышка, разряд (например, аффект ярости, гнева, горя) и сопровождается бурной двигательной реакцией, однако находится под контролем сознания. Патологический аффект представляет собой кратковременное психотипическое состояние, внезапное возникновение которого связано с психотравмирующими факторами. При патологическом аффекте всегда имеется нарушения сознания.

Тоска - это тяжелое, гнетущее чувство, душевная тревога в соединении с грустью и подавленностью. Тоска - теснение духа, томление души, мучительная грусть.

Тоскливость - это подавленное душевное состояние.

Меланхолия - это мрачное тоскливое настроение, когда все представляется в мрачном свете и сопровождается стремлением к уединению.

Тревога - это тягостное беспокойство, характеризующееся мучительным ощущением надвигающейся как физической, так и умственной опасности.

Апатия - полное равнодушие, безучастность ко всему окружающему и своему положению. При этом ничто не вызывает интереса, эмоционального отклика.

Эйфория (маниакальный аффект) - повышенное радостное настроение. Это веселость, пассивная радость, чувство превосходного здоровья, силы, безмятежное блаженство. Все при этом кажется в розовом свете, господствует оптимизм.

Мания - высшая степень выраженности подъема настроения. При этом отмечается усиление влечений, неутомимая деятельность, ускорение мышления и речи, отвлекаемость, поверхностность суждений, многоречивость, обострение памяти. Наблюдается мания величия.

5. Расстройство памяти

Память - это отражение прошлого опыта, заключающееся в запоминании, сохранении и последующем воспроизведении событий.

Дисмнезии - это различные виды ослабления памяти в виде снижения способности запоминания, сохранения и воспроизведения. Выделяются следующие виды дисмнезий:

Гипомнезия - ослабление памяти.

Амнезия - отсутствие памяти, беспомыслие, относящиеся к определенным периодам времени.

Ретроградная амнезия - выпадение из памяти событий, непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию или иному нарушению психической деятельности.

Антероградная амнезия - утрата воспоминаний о событиях следовавших за окончанием бессознательного состояния или другого расстройства психики.

Антероретроградная амнезия - сочетание ретроградной и антероградной амнезии, когда из памяти выпадают события не только предшествовавшие периоду бессознательного состояния или болезни, но и следовавшие за ними.

6. Расстройство воли

Воля - это способность человека сознательно и целенаправленно контролировать свою деятельность и направляет ее. Воля проявляется в деятельности человека. Волевое действие - это действие, направленное на достижение сознательно поставленной цели, сопровождается сосредоточением на нем внимания. К расстройствам воли относятся:

Гипербулия - усиление волевой активности, бедность побуждений к деятельности.

Парабулия - извращение волевой активности, чрезмерная деятельность. Абулия - отсутствие побуждений, утрата желаний, полная бездеятельность.

Ступор - обездвижение, оцепенение. Различают кататонический, депрессивный, психогенный и апатический ступор.

К волевым расстройствам относятся также различные расстройства, инстинкты, которые могут быть усилены или ослаблены (полифагия - усиление пищевого инстинкта; монофагия - ослабление пищевого инстинкта; анорексии - отказ от пищи, наблюдается при неврозах и при шизофрении).

Контрольные вопросы.

1. Расстройства восприятия. Иллюзии, галлюцинации и псевдогаллюцинации. Их основные виды.

2. Мышление в норме и патологии. Интеллект. Расстройства мышления.

3. Бред. Навязчивые и сверхценные идеи.

4. Формы нарушений памяти (виды амнезии, конфабуляции). Значение расстройств памяти в судебно-психиатрической практике.

5. Общее понятие об эмоциях. Виды эмоциональных нарушений при различных психических заболеваниях (маниакальный и депрессивный синдром, эмоциональная слабость).

6. Понятие о волевой функции. Виды нарушения волевой активности при психических заболеваниях (повышение, понижение, импульсивные действия, расстройства влечений).

7. Синдромы расстройств сознания (делирий, аменция, онейроид, сумеречное помрачение сознания).

8. Кататонические синдромы.

9. Синдромы слабоумия. Врожденное и приобретенное слабоумие.

Лекция № 6 Классификация психических расстройств. Шизофрения. Маниакально-депрессивный психоз. Эпилепсия.

Принцип классификации психических заболеваний за длительный период истории психиатрии потерпели значительную эволюцию. На ранних этапах систематика психических заболеваний проводилась на основе преобладающих у больного психических расстройств - синдромологический принцип. По мере развития психиатрии систематика психических болезней строилась с учетом ряда предпосылок: синдромологический подход (ориентация на психические расстройства, выявленные у больного в период обследования), дополнялся описаниями особенностей динамики отдельных состояний, соображениями об общей характеристике патологического процесса.

Большую роль в создании классификации психических заболеваний для обеспечения унифицированной оценки психически больных психиатрами различных стран сыграла ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения. ВОЗ с участием экспертов и специалистов различных стран подготовила в течение нескольких лет ряд вариантов (МКБ) - международной классификации болезней. Процесс создания (МКБ) трудный и сложный. Классификация может получить всеобщее признание, в тех случаях, когда имеется возможность ее применения психиатрами различных стран, придерживающимся различных взглядов на диагностику психических расстройств.

В России в последние годы как во многих странах для административно-статистических целей применяется МКБ-10.

Перечень диагностических рубрик следующий:

органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00-F09);

психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (F10-F19);

шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20-F29);

расстройства настроения (аффективные расстройства) (F30-F39);

невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (F40-F48);

поведенческий синдром, связанный с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F50-F59);

расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F60-F69);

умственная отсталость (F70-F79);

расстройства психологического развития (F80-F89);

эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте (F90-F98).

1. Шизофрения

Шизофрения (в пер. с греч. означает расщепление психики) - утрата единства психической деятельности. Шизофрения приводит к расщеплению мышления, снижению, а порой

извращению эмоциональных и волевых проявлений в личность больного. Достоверно установлено значение наследственного фактора предрасположения к заболеванию шизофренией детей, при болезни одного из родителей. Однако причина возникновения шизофрении до настоящего времени пока еще остается неизвестной.

В судебно-психиатрической клинике почти половина подэкспертных, признанных невменяемыми, приходится на шизофрению, что приобретает существенное судебно-психиатрическое значение. Заболевание обычно начинается в молодом возрасте от 15 до 25 лет, оно может возникать в возрасте моложе 15 лет (детская и подростковая шизофрения) или в зрелом и старческом возрасте (так называемая поздняя старческая шизофрения).

Шизофрения, в качестве единого заболевания, выделена в 1896 г. немецким психиатром Э. Крепелином, а современное название получила в 1911 г. (Э. Блейхер). Шизофрения относится к эндогенным заболеваниям, ее клинические проявления многообразны.

При шизофрении могут наблюдаться практически все известные в психиатрии симптомы и синдромы.

Рассмотрим наиболее исследованные формы шизофрении.

Простая шизофрения - клинические проявления характеризуются главным образом нарастающими изменениями личности больного. Изменения развиваются постепенно: снижается психическая продуктивность, утрачивается интерес к окружающему. У больного нарастает эмоциональное обеднение, а также отмечаются расстройства мышления, порой больные не могут осмыслить и понять содержание задания, и воспроизвести прочитанное. Больной дублирует классы и вообще в последующем бросает учебу. Из психопатологических проявлений наблюдаются бредовые идеи, а галлюцинации проявляются в рудиментарной форме в виде нестойких идей отношения, воздействия и слуховых обманов. Падение энергетического потенциала сопровождается явлением так называемой метафизической интоксикации: больные принимают за изучение глобальных философских, научных проблем (например изучают смысл бытия и происхождения жизни), затрачивают много времени на чтение специальной литературы по данным вопросам, однако каких-либо практических результатов от этой деятельности нет. Больные по состоянию здоровья не могут изложить общий смысл своих интересов, а также они не могут сообщить элементарные сведения о прочитанном. Эмоциональная дефицитарность проявляется в ухудшении отношения к близким, в частности, она выражается в эмоциональной холодности, раздражительности и агрессивности в отношении к родителям. В дальнейшем у больных наступает и полное безразличие к собственной личности: они перестают следить за собой, ничего не делают.

Становятся холодными эгоистами, безучастными к происходящим вокруг них событиям. Описанные выше изменения могут перейти в конечное состояние - апатико-абулическое с рудиментарными психическими расстройствами.

Гебефреническая (юношеская) шизофрения начинается остро в подростковом возрасте с падения психической активности, энергетического потенциала или появления эмоциональной дефицитарности. На фоне измененной личности возникает острое психотическое состояние с бредовыми галлюцинаторными переживаниями, дурашливым, нелепым поведением, настроение характеризуется пустой эйфорией с возможными переходами в злобное и агрессивное поведение. В дальнейшем наблюдается нарастание апатии, вялость с переходом в конечное состояние с рудиментарными кататоническими, бредовыми и галлюцинаторными проявлениями.

Непрерывно текущая шизофрения. В зависимости от степени тяжести (прогредиентности) различают вялотекущую, умеренно прогредиентную и злокачественную

шизофрении. У лиц с вялым течением болезни не наблюдается острых психических состояний. В начале заболевания отмечаются невротоподобные расстройства, неопределенные жалобы соматического характера, немотивированные колебания настроения, возникающие без объективных причин (жалуются на чувство усталости). Медленное развитие болезни позволяет больным длительное время сохранять социальную адаптацию. Больные с невротоподобными расстройствами (истерическими проявлениями, навязчивостью, астенией) обычно редко совершают противоправные деяния. В отдельных случаях вялотекущая шизофрения может сопровождаться отчетливо выраженными психопатоподобными проявлениями. Наличие таких симптомов, как возбудимость, раздражительность, злобность, неустойчивость настроения, склонность к дисфориям, внушаемость, сочетающихся с эмоциональным и волевым снижением интеллекта является благоприятной почвой для совершения различных антисоциальных действий. Субъекты интравертированы, малодоступны, имеют поверхностные контакты с окружающими, отношение к ним оппозиционное, в том числе к членам семьи, причем оппозиционность, негативизм принимают протестами, утрированный характер. Поведение их отличается неадекватностью, обычно включает элементы дурашливости. Мышление носит аморфный характер. Инфантильные и внушаемые субъекты легко входят в антисоциальную среду, они склонны к злоупотреблению алкоголя и наркотиков, склонны к бродяжничеству и беспорядочным половым связям. Они могут совершать изнасилования, проявить хулиганские действия, совершать кражи и представляют большую опасность для членов общества.

Периодическая шизофрения (рекуррентная). Данная форма шизофрении отличается возникновением острых, относительно кратковременных психотических приступов, чередующихся светлыми промежутками (интермиссиями). При этой форме течения заболевания изменения личности нарастают медленно.

Приступы могут проявляться различными симптомами: аффективными (депрессивными, маниакальными) в форме анейроидной кататонии.

Обычно первые приступы развиваются в определенной последовательности и в ряде случаев при повторных возвратах болезни сохраняют прежнюю структуру (тип клише). При рекуррентной шизофрении сначала возникают аффективные нарушения. Пониженное настроение обычно сочетается с тревогой, капризностью, обидчивостью, слезливостью. Гипоманиакальные состояния сопровождаются восторженностью, умилением, чувством прозрения. Противоположные по структуре аффективные синдромы могут сменять друг друга. При углублении болезни начинают преобладать тревога, страх либо восторженно-экстатические состояния. У больных нарастают двигательное возбуждение или, напротив, появляется заторможенность. В последующем возникает различный по содержанию образный бред. В дальнейшем бред изменяется в сторону нарастания фантастического содержания. Если болезнь ограничивается появлением только аффективных расстройств, то принято говорить о циркулярной шизофрении, а в случаях преобладания депрессивных расстройств и депрессивных форм бреда (самообвинения, обвинения), а также острого бреда-депрессивно-параноидной шизофрении, а при развитии острого приступа с анейроидом обанейроидной кататонии. Частота приступов может колебаться от одного до нескольких десятков на протяжении всей жизни.

Ремиссии болезни зависят от частоты и структуры приступов. Чем приступы чаще и сложнее, тем ремиссии хуже и наоборот. Изменения личности при рекуррентной шизофрении возникают после ряда приступов. Приступы сопровождаются снижением психической активности и сужением круга интересов субъекта.

Гебоидная шизофрения. Этот вид шизофрении характеризуется вялым течением с психопатоподобными проявлениями в виде многолетнего приступа расстройств в сфере влечений (гебоидов), склонности субъекта к сексуальным эксцессам, иждивенческому образу жизни, клептомании, ассоциальным действиям.

Кататоническая шизофрения. Характеризуется ранним началом. Ведущими психопатологическими проявлениями являются двигательно-волевые расстройства: наблюдаются субступорозные и ступорозные состояния. Эти состояния могут чередоваться с импульсивными поступками и кататоническим возбуждением. У больных отмечаются бредовые и галлюцинаторные переживания. Конечное состояние болезни характеризуется глубоким вялоапатическим дефектом и кататонической симптоматикой.

Этиология и патогенез шизофрении.

Этиология и патогенез шизофрении стали предметом специального изучения после выделения заболевания в отдельную нозологическую единицу. В частности, Крепелин считал, что шизофрения возникает в результате токсикоза, нарушения функций «половых желез». В последние годы достигнуты некоторые сдвиги в биохимическом изучении шизофрении, которые позволяют сформулировать биохимические гипотезы в развитии болезни. В частности получили признание так называемые катехоламиновые (адреналин, норадреналин) и индоловые гипотезы в генезе развития шизофрении.

Первые основаны на предположении о роли дисфункции норадреналина и дофамина в механизмах нарушения нейробиологических процессов в мозге больных шизофренией. Сторонники индоловых гипотез считают, что поскольку серотонин и его⁴ метаболизм, а также другие индоловые производные играют важную роль в механизмах психической деятельности, то дисфункция этих веществ или компонентов их обмена может способствовать возникновению шизофрении. Отдельные авторы считают, что в генезе развития шизофрении имеет значение нарушения функций ферментных систем участвующих в обмене биогенных аминов. По данным медицинской статистики заболеваемость у детей несколько раз выше, когда этой болезнью страдают их прямые родители или более далекие родственники. Шизофрения рассматривается некоторыми авторами, как одна из форм неудачного приспособления личности к жизни. Невозможность полноценного приспособления объясняют особой дефектностью личности, сформированной в результате неправильных интерперсональных внутрисемейных отношений в раннем детском возрасте. Суммируя выше изложенное можно считать, что шизофрения, а также родственные и сходные психические расстройства являются полигенными заболеваниями с предрасположением больных к своеобразной форме нарушений деятельности организма реализующихся в условиях взаимодействия со средовыми факторами.

Судебно-психиатрическая оценка.

Признание субъекта страдающего шизофренией с различным типом течения, невменяемым или вменяемым зависит от ряда факторов. В тех случаях когда клиническая картина психоза или отчетливые изменения личности в период ремиссии (симптом дефекта в эмоциональной, волевой и когнитивной сферах) не вызывает сомнения в отношении диагноза шизофрении, субъекты признаются невменяемыми.

Если правонарушение совершается больными шизофренией, в прошлом перенесшими психотический приступ, в период стойкой и глубокой ремиссии, без отчетливых изменений личности, то таких лиц обычно признают вменяемыми.

В случаях развития шизофрении, уже после совершения правонарушения, в период следствия или после осуждения во время нахождения в местах лишения свободы, такие больные

освобождаются от отбывания наказания (ч. 1, ст. 81 УК РФ), хотя в отношении инкриминируемых им деяний они признаются вменяемыми. Таких больных по решению суда направляют в психиатрические стационары на принудительное лечение. Способность свидетелей и потерпевших, страдающих шизофренией, участвовать в судебном процессе, правильно воспринимать обстоятельства дела и давать о них правильные показания обязательно должна оцениваться с учетом сохраненных сторон их психической деятельности, а также в зависимости от характера анализируемой криминальной ситуации, участниками которой они оказались. Маниакально-депрессивный психоз - это периодически наступающее заболевание, при котором болезни чередуются с нормальным состоянием. Он выражается в повышенном веселом настроении, с ускорением темпа всех психических процессов (маниакальность), или наоборот, в угнетенно-тоскливом настроении, в заторможенности темпа психических процессов (депрессия).

У лиц, страдающих маниакально-депрессивным психозом, отмечается наследственное предрасположение. Женщины болеют в 2 раза чаще, чем мужчины (в возрасте 35-55 лет). Женщины составляют 70% всех больных маниакально-депрессивным психозом. Причина этого психоза остается до сих пор невыясненной, однако, в 80% случаев выявляется наследственная отягощенность. По данным литературы, причиной возникновения психоза могут быть некоторые психические заболевания. Тщательно собранный анамнез позволяет выявить стертые формы заболевания (после травмы мозга).

а) Маниакальная фаза. Маниакальный приступ объясняется резким ослаблением коркового торможения, возбуждением, охватывающим кору и подкорку. Для болезни характерна триада: повышенное настроение, двигательное возбуждение, ускорение темпа мышления. Больные неделями, месяцами находятся в возбужденном состоянии, ко всем пристают, без умолку говорят, усиленно жестикулируют, мало спят, встают рано (сон глубокий), наблюдается скачка мыслей, повторение по нескольку раз одних и тех же фраз, не сидится на месте, часто меняют позу, переоценивают свои физические и психические возможности. Они невнимательны, считают себя незаурядными личностями, могут быть навязчивыми, агрессивными, пристают к окружающим (особенно вечером), они неорганизованы. Характерен внешний вид больных, глаза блестят, лицо гиперемировано, при разговоре вылетают брызги слюны, образующий пенистые скопления по углам рта. Мимика отличается живостью, движения быстры и порывисты, жесты и позы подчеркнута выразительны. Говорят громко, быстро, часто, не переставая, отвлекаются на всякие внешние раздражители. Охотно рассказывают анекдоты эротического содержания, нередко употребляют циничные слова и выражения и т.д. Речь прерывается неуместным смехом, насвистыванием, пением.

б) Депрессивная форма. Для нее характерно: корковые связи образуются замедленно, внутреннее торможение усилено. Движения больных замедлены, выражение лица скорбно. Все представляется им с худшей стороны, ничто более не привлекает, жизнь кажется бесцельной, возникают мысли о смерти, и действительно, самоубийство при тяжелой депрессии не является редкостью. При депрессивных состояниях необходим тщательный надзор за больными. В стремлении покончить с собой они бывают очень настойчивы, прибегают к неординарным способам нанесения себе тяжелых ранений, самоудушения и т.д. Самоубийство, как правило, совершают перед рассветом или рано утром. Возможны убийства членов семьи, затем могут убить и себя (так называемое расширенное убийство). В таких случаях возникает необходимость проведения посмертной судебно-психиатрической

экспертизы. Для депрессивной фазы характерны: потливость, вегетация, экстрасистолия, лабильность артериального давления. Возможны приливы холода и жара, повышенная зябкость, головокружение, похудание, отсутствие аппетита, пища теряет свой вкус. Ночной сон поверхностный, возможны сновидения (тревога), встают рано, чувствуют истощение и разбитость. У больных отмечаются рассеянность и забывчивость, самообвинение (наговаривают на себя).

При углублении расстройств появляются основные симптомы депрессии: подавленное настроение, идеаторное (голова кажется пустой) и двигательное торможение (ступор). Больные выглядят старше своих лет, голова опущена или наклонена несколько вперед, губы плотно сжаты, углы рта опущены, брови сдвинуты, между ними появляются продольные складки, над которыми располагаются поперечные складки, глазами не следят, взор устремлен в пространство, редко моргают.

в) Смешанные состояния возникают при переходе одного приступа в противоположный. Чаще смешанные состояния наблюдаются при депрессивной фазе на протяжении всего приступа. Например, (зарубеж. название «циклотимия»), смягченная форма маниакально-депрессивного психоза. В этой фазе наблюдается триада В.П. Протопопова: расширение зрачков, учащение пульса, спастический запор.

Продолжительность фаз колеблется в пределах от 2-3 до 5-6 месяцев (в среднем возрасте). В пожилом возрасте приступы могут принимать затяжной характер (до года и более).

Депрессивные и смешанные фазы продолжительнее маниакальных. Существует большое число вариантов течения болезни, частыми из них являются: 1) течение в форме периодических депрессий или маний; 2) течение сдвоенными фазами, при которых один тип фазы непосредственно сменяется противоположным, а затем наступает светлый промежуток; 3) циркулярное непрерывное (континуальное) течение, когда противоположные по симптоматике фазы непрерывно сменяют друг друга без развития между ними светлого промежутка.

Судебно-психиатрическая оценка.

Если преступление совершено в период психоза, то выносится заключение о невменяемости. Принудительное лечение рекомендуется в тех случаях когда в период экспертизы выявляются болезненные расстройства или когда больные могут представлять опасность для общества. В гражданском процессе сделки и другие юридические акты, совершенные в состоянии психоза, признаются недействительными.

2. Эпилепсия (греческое слово «внезапно падать», «быть охваченным»). Эпилепсия представляет собой психическое заболевание, выражающееся в судорожных припадках с потерей сознания, в острых периодических психических расстройствах и в постепенно наступающих общих изменениях психики. V

В основе ее лежит болезненный хронический процесс, сопровождающийся анатомическими изменениями мозга. Судорожные припадки могут быть также при психических заболеваниях (опухолях мозга, артериосклерозе, сифилисе, травмах головного мозга, некоторых инфекциях, интоксикациях).

Клиника болезни многообразна:

1. Течение эпилептического припадков. Судорожный припадок является основным и характерным симптомом. Он начинается внезапно и неожиданно для самого больного. Иногда могут быть предвестники припадков в виде головной боли, раздражительности, недомогания, сердцебиения. Затем следует припадок, иногда длящийся в течение нескольких секунд или 2-3

минуты. Припадок начинается с короткой непродолжительной ауры. Аура предшествует потере сознания и судорогам, проявляется в каких-либо двигательных актах: бег и кружение на месте, выкрикивание отдельных слов, в тех или иных неприятных ощущениях в теле, элементарных галлюцинациях или в психических симптомах, чаще в аффектах страха, ужаса. После ауры (или без нее) внезапным глубоким затемнением сознания начинается припадок, больной сразу падает с криком, в любой обстановке. Вслед за этим начинаются тонические судороги (напрягаются мышцы). Тело выпягивается, руки сжаты в кулак, челюсти стиснуты, дыхание отсутствует, зрачки расширены и на свет не реагируют, длится 20-30 секунд, и постепенно переходит в клинические судороги, в виде беспорядочных отдельных движений, затем следуют равномерные сгибания и разгибания конечностей, лицо искривляется, появляется пена с кровью (прикус языка), клопочущее дыхание, лицо покрывается потом. Судороги ослабевают постепенно, больной приходит в себя (длится припадок 2-3 минуты). Некоторое время сохраняются неясность сознания, чувство разбитости, сонливость иногда может переходить в сон. Частота припадков различна, повторяются 1, 2 раза в месяц, чаще ночью, иногда могут отсутствовать длительное время. В отдельных случаях припадки бывают частыми и принимают угрожающий характер, иногда заканчиваются смертельным исходом.

Различают **малые припадки**. Наступают внезапно, несколько секунд наблюдается помрачение сознания, при отсутствии судорог или они незначительны. Больной во время разговора или работы внезапно бледнеет, глаза неподвижно смотрят вперед, сознание теряют на несколько секунд, больной как бы застывает в том положении, в каком застал его припадок, падения при этом не бывает. Очнувшись, продолжает разговор или работу, не подозревая о случившемся с ним. Малые и большие припадки могут чередоваться.

2. Острые психические расстройства эпилептиков могут развиваться в связи с припадками, предшествуя припадку или непосредственно следуя за ним, или возникают независимо от припадков. В этом случае они носят название психических эквивалентов припадков, поскольку являются как бы заменой припадков.

Клинически различаются две формы (типа):

а) Периодические расстройства настроения (дисфория) - это часто встречающаяся форма психического эквивалента эпилептических припадков. Расстройство начинается без видимого повода, длится от нескольких часов до нескольких дней. Характеризуется обычно злобно-тоскливой раздражительностью, тревожным беспокойством, страхом - не находят себе места, ничем не могут заняться, становятся придирчивыми, вступают в пререкания, ссоры с окружающими, нередко становятся агрессивными, крайне подозрительны, ищут виновников своих неудач.

б) Клиника сумеречных состояний разнообразна и сводится к расстройству сознания с утратой способности ориентироваться и правильно воспринимать и оценивать окружающее. Нет связности, последовательности мышления, поведение не контролируется (искаженно воспринимается мир), становится опасным для окружающих. Иногда у больных наблюдаются подавленность, тоска, страх, обман чувств и бредовые идеи. Острым психическим расстройствам свойственны общие черты: внезапное начало, сравнительная непродолжительность и столь же быстрое окончание, изменение сознания, полная или частичная утрата воспоминаний о пережитом (амнезия).

3. Хронические изменения при эпилепсии. Хронические изменения психики являются типичными для болезни, с учетом болезненного процесса. У эпилептиков отмечается раздражительность, возбудимость, склонность к вспышкам гнева, злобность, мнительность, склонность к агрессии (кропотливые, педантичные, эгоистичны, с высоким самомнением). В интеллектуальной сфере наблюдается медлительность, вязкость, тугоподвижность мышления, неспособность отдалить главное от второстепенного, обстоятельность (застревают в мелочах, уходят в ненужные подробности), характерно вязкое детализированное мышление.

Речь обстоятельна, насыщена витиеватыми оборотами, используют уменьшительно-ласкательные слова (подхалимы). Память постепенно слабеет, круг интересов сужается, интеллект падает, т.е. наступает эпилептическое слабоумие. Волевые и мыслительные процессы взаимосвязаны, в зависимости от глубины поражения мозга выступают те или иные симптомы. При глубоком слабоумии они беспомощны (становятся тупыми, апатичными). Если интеллект сохранен, они работоспособны, работают обстоятельно и медленно. Нарушения психики связаны с корой мозга, т.е., зависят от патологической инертности нервных процессов - торможения и возбуждения.

4. Судебно-психиатрическая оценка эпилепсии.

С точки зрения установления тяжести расстройств памяти при эпилепсии, необходимо подойти к решению вопроса о вменяемости и невменяемости осторожно. Существование типичных судорожных припадков не дает основания для признания невменяемости обвиняемого и не является препятствием для содержания осужденного в месте заключения. В отдельных случаях особой частоты и тяжести припадков, указывающих на неблагоприятное развитие болезни, с точки зрения судебно-психиатрической оценки может быть приравнено к душевному заболеванию, развивающемуся ко времени вынесения приговора (ч. 2 ст. 21 УК РФ), с применением соответствующих мер медицинского характера. С судебно-психиатрической точки зрения эпилептические эквиваленты у эпилептиков сводятся к двум основным формам:

- а) расстройствам настроения и
- б) сумеречным состояниям сознания.

Расстройство настроения (дисфории), выражающиеся в беспричинно наступающей тоскливости, злобы, раздражительности, недовольства, общем тяжелом самочувствии, дают иногда повод для совершения преступлений (в виде агрессивных поступков, нарушений дисциплины, дезертирства, ухода с работы, попыток к самоубийству и т.д.). Чаще приходится иметь дело с преступлениями, совершенными в сумеречном состоянии. В этих состояниях имеют место убийства, ранения, увечия, половые насилия. Они (преступники) отличаются внезапностью, отсутствием умысла, безмотивностью, пренебрежением обстановкой, отсутствием осторожности, вместе с тем чрезвычайной жестокостью и яростью (Д. 27 лет обвинялся в покушении на убийство соседки по квартире и матери. Болел с 14 лет - убил соседку и отрезал голову матери, перерезал пальцы и нанес 5 проникающих ранений в области живота, ничего не помнил на второй день после убийства. Это указывает, что имело место расстройство сознания - согласно ст. 21 УК РФ больной был признан невменяемым).

Что касается хронических изменений психики при эпилепсии - вопрос о вменяемости или невменяемости эпилептиков решается в зависимости от степени болезненных изменений личности.

В начальных стадиях болезни, когда изменения личности невелики или в случаях с медленным благоприятным течением болезни, при относительной сохранности памяти, соображения и трудоспособности, вменяемость не исключается. Сомнения не должны быть там, где имеется совершенно определенное и достаточно глубокое изменение психики, т.е. позволяющее говорить об эпилептическом слабоумии - в этих случаях обвиняемый признается невменяемым, по отношению к нему принимаются меры медицинского характера.

Контрольные вопросы

1. Шизофрения. Формы и типы течения. Основные проявления шизофрении. Судебно-психиатрическая оценка шизофрении.

2. Маниакально-депрессивный психоз. Особенности течения. Судебно-психиатрическая оценка больных, совершивших общественно опасные действия на разных стадиях развития болезни.

3. Эпилепсия. Понятие. Судебно-психиатрическая оценка сумеречного помрачения сознания при эпилепсии. Вменяемость при эпилепсии.

Лекция 7. Психические расстройства при черепно-мозговой травме, инволюционном периоде, алкоголизме, наркомании, неврозах, умственной отсталости.

1. Судебно-психиатрическое значение травматических психических расстройств

В остром периоде черепно-мозговой травмы больные, как правило, не совершают правонарушений, так как они прикованы к постели.

Если расстройство сознания не достигает степени комы, а протекает по типу оглушенности, сумеречного состояния, то больные могут совершать правонарушения. В этом случае лицо, совершившее правонарушение, признается невменяемым, так как оно не может отдавать отчет в своих действиях и руководить ими. В остром периоде черепно-мозговой травмы, особенно при лобной локализации поражения, бывают состояния эйфории с расторможенностью и нарушением критики.

Несмотря на формально ясное сознание, субъект не может полностью отдавать отчет в своих действиях и руководить своим поведением, в связи с чем он признается невменяемым.

При отдаленных последствиях черепно-мозговой травмы, лица, совершавшие правонарушения, признаются невменяемыми:

- 1) при резко выраженном слабоумии;
- 2) при сумеречном расстройстве сознания;
- 3) при травматической энцефалопатии, когда при этом развивается параноидный, маниакальный или депрессивный синдром.

2. Неврозоподобные нарушения

Проявляются эмоционально-неустойчивым настроением, раздражительностью, тревогой, нарушением сна, неприятными ощущениями в различных частях тела.

Происходит как бы заострение отдельных, свойственных больному ранее черт характера (бережливость переходит в скупость, настойчивость — в упрямство)

Интеллектуальные процессы утрачивают яркость, ассоциации становятся бедными, понижается качество и уровень обобщений. Осмысление нового требует большего времени и происходит с большим напряжением. Новая информация усваивается с большим трудом. Нарушается память, особенно на текущие события. Снижается критика больных к своему психическому состоянию и происходящим изменениям.

Ведущие проявления нарушений психики:

1) ослабление памяти — от легких расстройств до развития амнестического (корсаковского) синдрома;

2) ухудшение интеллектуальных способностей — до выраженного слабоумия;

3) нарушение эмоций — слабодушие, апатия, слезливость и т. д.

3. Выраженные психические нарушения

Тяжелые психические расстройства в пожилом и старческом возрасте связаны с дегенеративными и атрофическими нарушениями головного мозга.

Болезнь Альцгеймера

В США более половины лиц, умирающих с диагнозом деменция, погибают от этого заболевания. Болезнь развивается постепенно. Средний возраст заболевших — 55-60 лет. Женщины заболевают чаще, чем мужчины (более, чем в три раза).

Причина заболевания неясна, хотя в последнее время установлена аномалия 21-й хромосомы у этих больных.

Основные и типичные проявления — прогрессирующая амнезия и тотальное слабоумие.

В начальном периоде заболевания, на фоне быстро нарастающих ухудшений памяти, отмечаются слезливо-раздражительные депрессии. Вскоре к этим нарушениям присоединяется дезориентировка в пространстве.

Особенностью болезни Альцгеймера является то, что больные длительное время могут сохранять общее формальное критическое отношение к своему состоянию.

В дальнейшем прогрессирует тотальное слабоумие, поведение больных становится нелепым, они утрачивают бытовые навыки, расстраивается речь, могут наблюдаться припадки, нарушения сознания.

Довольно часто возникают бредовые идеи преследования, ущерба, отравления, а также зрительные галлюцинации, которые усиливаются в вечернее и ночное время, на фоне психомоторного возбуждения.

Продолжительность заболевания составляет от нескольких месяцев до 10 лет. Прогноз — **неблагоприятный**.

Болезнь Пика

Заболевание обычно возникает в возрасте 50—60 лет. Причины неясны.

В клинических проявлениях на первый план выступают прогрессирующие расстройства личности, в виде безразличия, равнодушия, апатии. Больные ничего

не делают по собственной инициативе (аспонтанность), для выполнения каких-либо действий им необходим побуждающий стимул со стороны.

В некоторых случаях развивается псевдопаралитическое состояние, на фоне благодушно-эйфорического настроения с элементами расторможенности влечений.

Отмечаются грубые расстройства памяти, нарушения мышления (тотальное слабоумие), критическое отношение к своему состоянию отсутствует.

Для болезни Пика типичны так называемые стоячие симптомы — многократные повторения одних и тех же речевых оборотов.

По мере развития заболевания присоединяются неврологические расстройства.

Старческое слабоумие

Ведущим проявлением является тотальное слабоумие, на фоне нарушений памяти и интеллекта.

Заболевание протекает постепенно, с развитием эмоционального оскудения с раздражительностью и ворчливостью, резким снижением круга интересов, настороженностью, упрямством, наряду с доверчивостью и внушаемостью.

Отмечаются нарушения памяти, прежде всего на текущие события, а в последующем — на более ранние события жизни больного. Образовавшиеся пробелы заполняются псевдореминисценциями и конфабуляциями.

Формируются бредовые идеи ограбления, обнищания, разорения.

В поведении больных отмечаются пассивность и инертность. Утрачивается критика и способность адекватного понимания окружающего.

Часто происходит растормаживание инстинктов в виде повышения аппетита и гиперсексуальности. Сексуальная расторможенность проявляется в идеях ревности, попытках совершения развратных действий в отношении малолетних.

4. Судебно-психиатрическое значение инволюционных психических расстройств.

Несмотря на значительное снижение частоты преступлений в пожилом и старческом возрасте, лица с грубыми психическими расстройствами способны совершать общественно опасные действия.

В тех случаях, когда эти лица совершают уголовно наказуемые деяния, или при возникновении сомнений в разумности их действий, относящихся к гражданским делам, проводят СПЭ.

Больные с выраженными психическими расстройствами (психотические состояния и состояния слабоумия) признаются невменяемыми и недееспособными.

5. Алкогольные психозы

Действие хронической алкогольной интоксикации не ограничивается лишь описанными изменениями личности, а может обуславливать возникновение алкогольных психозов, которые различаются по клиническим признакам и по продолжительности. Алкогольные психозы возникают в 13 % случаев у лиц, злоупотреблявших алкоголем в течение 5—7 лет.

Алкогольный делирий (белая горячка) представляет собой остро протекающий психоз, развивающийся главным образом у лиц, злоупотребляющих

крепкими спиртными напитками. Среди алкогольных психозов встречается наиболее часто (76—84 %). Белая горячка была описана еще в 1813 г. Суттоном, но связь заболевания с алкоголем была установлена позже (П. А. Чаруцкий — 1828 г., Х. Витт — 1834 г.).

Алкогольный делирий всегда развивается на обрыве алкоголизации, в среднем на 3—4 сутки и для его возникновения важную роль играют провоцирующие факторы: травмы, оперативные вмешательства, инфекции.

Основными проявлениями являются нарушение сознания в форме делирия, нарушения восприятия в виде иллюзий, зрительных, слуховых и тактильных галлюцинаций.

Отмечается полная дезориентировка в месте и времени при сохранности личностной ориентировки.

Центральное место в картине белой горячки занимают своеобразные галлюцинации, главным образом, зрительные, чаще, зоо содержания. Галлюцинации воспринимаются больными то как реальная действительность, то как искусственные изображения, напоминающие кинематографические. Видения обычно бывают множественными, обнаруживающими большую подвижность. Больные видят паутину, проволоку, нити, пыль, хлопья, струи газов или воды, шарики, монеты, искры, тени, различных насекомых, животных (пауков, мух, клопов, тараканов, крыс, мышей, зайцев, кошек, собак, быков, коз, обезьян), нереальных, сказочных существ (чертей, смерть, скелеты, разного рода уродов, колдунов, леших или чудовищ).

Все объекты оживленно движутся, принимая причудливые формы. Кажущиеся предметы, лица, животные, насекомые и т. д. исчезают, появляются вновь, видоизменяются (змея с горящими глазами движется на больного и, не доползая до него, превращается в уродца, который корчит рожи).

Иногда больным представляются толпы народа, сражения, движущиеся войска, окровавленные головы, отрубленные части тела, покойники. Нередко им кажется, что их окружают, на них наставлены сотни револьверных дул, лес штыков, в комнату врываются незнакомые люди, избивают их прикладами, плетками и снова исчезают.

В меньшей степени отмечаются слуховые и тактильные галлюцинации. Больным кажется, что их мучают паразиты, в тело их вонзают острые предметы, проволоку, их обрызгивают водой, окуривают газами и т. п. Различные галлюцинации легко переплетаются между собой, например, больной не только видит мелких зверей, насекомых и т. п., но и слышит, осязает их. Он обороняется от галлюцинаторных образов, нападающих на него, ловит их, дерется с ними, взывает о помощи.

Больные чрезвычайно беспокойны. Они не могут сидеть на одном месте или лежать в кровати, их много раз укладывают в кровать, но они тут же вскакивают. Поведение больных обычно адекватно галлюцинаторным переживаниям.

Охваченные сильнейшим двигательным беспокойством, больные говорят мало. Бредовые идеи при белой горячке тесно связаны с галлюцинациями, о чем можно судить по отдельным высказываниям больных.

Течение белой горячки острое, продолжительность — от нескольких часов до нескольких дней. Выход из этого состояния — через сон, по выходе наблюдается частичная амнезия, т. е. часть событий, которые имели место в состоянии алкогольного делирия, человек может воспроизвести.

Острый алкогольный галлюциноз может возникать, как на обрыве, так и при продолжении алкоголизации, проявляется слуховыми галлюцинациями, аффектом страха и бредом, сознание при этом не нарушено.

Больной слышит вначале шум, звон, треск, шепот, шорохи, крики, отдельные слова и, наконец, голоса. Голоса обычно говорят о больном в третьем лице. Голосов бывает много, они то тихие, то громкие, доходящие до рева. Все голоса воспринимаются больным извне, говорят вместе, переплетаясь, спорят между собой, ругаются. Они, как будто раздаются за стеной.

Голоса принадлежат близким родственникам, знакомым, сослуживцам или посторонним лицам. Содержание галлюцинаций носит неприятную окраску. Голоса угрожают смертной казнью, обвиняют в тягчайших преступлениях, бранят, ругают: "возьми его", "дурак", "пьяница", "вор", "жулик", "убийца", "старый развратник", "забрать его в милицию".

Голоса могут иногда носить насмешливый характер. Они знают все события жизни больного, высмеивают его, делают циничные, оскорбительные замечания по поводу важнейших этапов его жизни. Иногда голоса информируют о его близких: "дети зарезаны", "жену три дня насилуют в подвале", "отрубили ей голову". Наряду с этим больной слышит крики, стоны жены, детей, родных.

Почти всегда имеются бредовые идеи обвинения, преследования. Бред не носит систематизированного характера. Он вытекает из галлюцинаций и адекватен им.

До помещения в стационар больные, спасаясь от мнимых врагов, запасаются всевозможным оружием, чтобы "как можно дороже продать свою жизнь", другие, наоборот, не ожидая нападения, сами превращаются в агрессоров, нападая на воображаемых врагов. Иногда по целым дням и ночам они "караулят" у своей двери, вооружившись топором, холодным оружием, в ожидании "врагов". Галлюцинации могут быть императивными, по приказу "голосов" больные могут совершать правонарушения.

Выздоровление при алкогольном галлюцинозе иногда наступает внезапно, после глубокого сна. Ослабление галлюцинаций, вплоть до полного их исчезновения возможно только в результате длительного воздержания от употребления алкоголя или вследствие специальной терапии.

Алкогольный параноид развивается только у мужчин, страдающих алкоголизмом. Формированию психоза предшествует снижение потенции. Алкогольный бред ревности развивается постепенно, через этап сверхценных образований, формируется фабула супружеской неверности. Как правило, соперник выбирается из ближайшего окружения и по возрасту значительно моложе самого больного. Больные начинают ревновать своих жен к каждому мужчине, к своим родственникам, друзьям, соседям, сыновьям. Постепенно бредовые идеи ревности нарастают. Больные становятся возбудимыми, раздражительными, циничными. Чтобы убедиться в измене жены и поймать ее с

поличным, следят за ней, придумывают самые невероятные, нелепые способы проверки поведения жены, нередко запирают ее на ключ, опечатывают двери, проверяют ее белье до работы и после работы.

К бредовым идеям ревности часто присоединяются идеи преследования. Такому больному начинает казаться, что его жена со своими многочисленными "любовниками" намерена его убить, отравить или поместить в больницу, чтобы жить вместе с ними и распорядиться его имуществом. Он начинает замечать, что "любовники" жены следят за ним, высматривают его, многозначительно улыбаются, подают друг другу знаки. В связи с этим он приходит в состояние такой тревоги и страха, что боится ночевать дома, уходит к знакомым.

Бредовые переживания ревности, преследования, отношения нередко сопровождаются отрывочными слуховыми галлюцинациями в виде разговоров об измене жены, звуков поцелуя, шагов удаляющихся "любовников". Семейная жизнь с такими больными крайне опасна. Такого рода расстройства нередко способствуют совершению противоправных действий. К примеру, один из подэкспертных в течение всей ночи избивал свою жену алюминиевым тазом, добиваясь у нее признания в неверности. На экспертизе он хладнокровно говорил, что она заслужила такую мучительную смерть.

Течение алкогольного параноида обычно длительное. При продолжающемся злоупотреблении алкоголем болезнь прогрессирует. В случае воздержания от приема алкоголя на фоне соответствующего лечения, выраженность бредовых идей постепенно уменьшается.

Корсаковский психоз

В своей диссертации "Об алкогольном параличе" (1887) С. С. Корсаков впервые описал своеобразный психоз у алкоголиков, характеризующийся:

- 1) расстройством памяти на текущие и недавние события при сравнительно хорошо сохранившемся памяти на давно свершившиеся события;
- 2) ретроградной амнезией;
- 3) склонностью к конфабуляциям и псевдореминисценциями;
- 4) наличием алкогольного полиневрита (воспаление нервов, иннервирующих мускулатуру конечностей, в силу чего развивается мышечная слабость и нарушение координации движений).

Корсаковский психоз развивается при тяжелых формах алкоголизма чаще на 2—3 стадии, при наличии грубых осложнений со стороны внутренних органов и нервной системы.

Корсаковский психоз имеет обычно хроническое течение. В легких случаях возможно выздоровление без заметных дефектов. В течение года или меньшего периода все явления постепенно сглаживаются, восстанавливается память. В молодом возрасте шансов на выздоровление больше, чем в пожилом. Некоторые больные становятся слабоумными вследствие органического поражения головного мозга. Корсаковский психоз, протекающий злокачественно, может заканчиваться через 1—2 года смертью.

При хроническом алкоголизме могут также развиваться алкогольное слабоумие и алкогольная эпилепсия.

6. Нарушения психических функций при наркомании

Действие на организм таких наркотиков, как опий, его препаратов (пантопон, омнопон), алкалоидов и дериватов опия (морфин, кодеин), снотворных средств (нембутал, веронал, барбамил и др.) гашиша, кокаина и стимуляторов (кофеин, фенамин, первитин), вызывающих болезненное привыкание и пристрастие к ним, имеет общие черты с действием алкоголя, особенно в смысле влияния их на центральную нервную систему.

Клинические картины наркоманий, возникших в результате систематического употребления того или другого наркотика отличаются друг от друга по длительности, интенсивности и некоторым деталям болезненных проявлений.

Этапы формирования наркоманий:

- 1) стремление к эйфории;
- 2) формирование предпочтения определенного наркотика или иного психоактивного вещества;
- 3) регулярность приема;
- 4) угасание первоначального эффекта наркотика или другого психоактивного вещества.

Основные клинические синдромы при нарко- и токсикомании:

1) синдром измененной реактивности на наркотик или другое психоактивное вещество, включающий изменение формы потребления, повышение переносимости все больших и больших доз, исчезновение защитных биологических механизмов на передозировку наркотика или другого психоактивного вещества;

2) синдром психической зависимости проявляется формированием патологического влечения к наркотику или другому психоактивному веществу, достижением состояния психического комфорта только в интоксикации;

3) синдром физической зависимости характеризуется формированием абстинентного синдрома (синдрома лишения или отнятия), достижением состояния физического комфорта только в интоксикации, компульсивным характером влечения (с явлениями неодолимости) к наркотику или иному психоактивному веществу;

4) синдром изменения личности имеет общие тенденции при всех формах нарко- и токсикомании, проявляется в нарастающих признаках деградации личности и социальной дезадаптации, а также в специфических особенностях при каждой форме нарко- и токсикомании (при злоупотреблении опиатами возникают изменения личности, напоминающие эмоционально-волевой дефект при шизофрении; при злоупотреблении барбитуратами — изменения, свойственные больным эпилепсией и пр.).

7. Олигофрении

Олигофрении (от греч. Олигос — малый и френ — ум) — врожденные или приобретенные в раннем детстве патологические состояния, проявляющиеся относительно стабильным интеллектуальным недоразвитием, ведущим к нарушениям социально-трудовой адаптации.

1. Психические расстройства при олигофрениях

Характерным является недоразвитие психики в целом, с преимущественным поражением интеллектуальных функций.

Такие дети отстают в развитии от сверстников. Речь появляется поздно, или вовсе не развивается. Начинают ходить с 3-5 лет и позже, а в тяжелых случаях даже этот двигательный навык не развивается. Движения некоординированны, мимика бедная и однообразная.

Во внешнем виде отмечается непропорциональность телосложения, асимметрия лицевого скелета, череп маленький или чрезмерно большой, конечности несоразмерной длины.

Мышление нарушено в различной степени, в зависимости от формы олигофрении. У больных снижена или отсутствует способность к аналитической и синтетической мыслительной деятельности.

В эмоциональной сфере преобладают низшие эмоции, аффекты недифференцированы и неполноценны.

Волевые процессы проявляются в элементарных влечениях, в неспособности или недостаточности выполнения целенаправленной деятельности

Психические нарушения при олигофрении отличаются отсутствием прогрессивности, относительной стабильностью и сохраняются на протяжении всей жизни.

По глубине и тяжести психических расстройств различают три степени олигофрении: идиотия, имбецильность и дебильность.

Идиотия — наиболее тяжелая степень, когда невозможно даже развитие навыков самообслуживания. Обычно резко выражено физическое недоразвитие, идиоты чаще не умеют ходить, а ползают по полу. Сидя в постели, они ритмично раскачиваются, хлопают в ладоши, бьют себя кулаками.

Речь может быть неразвита, примитивна или в зачаточном состоянии. Часто они способны издавать только малопонятные, нечленораздельные звуки, не понимают речь других.

Идиоты не ориентируются в окружающем, посторонние раздражители не привлекают их внимания, взор блуждающий, они не следят за движущимися объектами, не откликаются на зов. Отмечается реакция только на сильные болевые раздражители.

Высшие психические функции практически отсутствуют. Эмоциональное отношение к неприятным раздражениям выражают рычанием, взвизгиванием, часто наносят себе повреждения, царапают себя, бьются головой.

Поведение немотивировано, часто могут наблюдаться импульсивные поступки и агрессия.

Преобладает низшее инстинктивное существование, в виде, например, упорной мастурбации и потребности в еде. Под влиянием голода могут возникать вспышки ярости. Идиоты прожорливы, однако не отличают съедобного и несъедобного, едят траву, листья, камни, экскременты.

Нарушено усвоение простейших навыков: есть ложкой, ухаживать за собой, содержать себя, одежду, постель в чистоте. В этой связи они часто болевают желудочно-кишечными заболеваниями, туберкулезом.

При менее выраженной идиотии больные обладают элементарной речью, небольшим запасом слов (до 20). Они могут даже понимать отдельные просьбы и приказания других, проявляют привязанность к ухаживающему за ними человеку, узнают близких, соблюдают примитивные гигиенические правила и достигают зрелого возраста. Несмотря на это идиоты практически неспособны к самообслуживанию, нуждаются в постоянном надзоре, помощи и уходе.

По своим физическим и психическим возможностям идиоты практически не в состоянии совершать общественно-опасных деяний. При этом они сами могут являться жертвами преступлений (изнасилование).

Имбецильность — средняя степень умственного недоразвития. Имбецилы почти всегда отстают в физическом развитии, но могут научиться ходить и говорить. Речь их элементарна, неправильная, косноязычна. Запас слов включает от 200 до 600 названий предметов повседневного обихода. Мысли излагают более или менее связно, понимают чужую несложную по содержанию речь.

Мышление примитивное, конкретное, объем сведений и знаний невелик. Абстрактное мышление отсутствует.

При этом имбецилы могут проявлять некоторые изолированные способности: великолепно запоминают музыкальные мелодии, отдельные факты, цифры. При этом память носит механический характер.

В специальных школах для умственно отсталых, имбецилы могут научиться чтению, письму, простому счету. Сложные арифметические действия даются им с трудом.

Могут усвоить элементарные житейские навыки, следить за собой и своей одеждой, осваивают простую механическую работу, хотя выполняют ее чаще под наблюдением (пастух, садовник).

Иногда бывают хвастливы, назойливы, упрямы, самодовольны, лживы. Часто служат предметом насмешек и забавы сверстников и окружающих.

Критика у них резко снижена. Имбецилы не улавливают переносного смысла в пословицах и поговорках, не понимают шуток. Легко внушаемы, доверчивы, с чем иногда связаны их общественно опасные действия, нуждаются в постоянном надзоре.

Дебильность — наиболее легкая степень умственного недоразвития. Среди умственно отсталых их большинство. У них отсутствуют грубые изменения в физическом строении тела и черепа, как у идиотов и имбецилов. При этом их движения неловкие, угловатые. Мышление элементарно, абстрактные обобщения затруднены. Преобладает конкретно-образный тип мышления. Память преимущественно механического характера.

Дебилы могут учиться в обычной школе, но плохо успевают и по несколько лет учатся в одном классе. В некоторых случаях они обнаруживают способности к рисованию, пению, счету. Способны усвоить простые трудовые навыки, запас практических познаний невелик.

2. Судебно-психиатрическое значение олигофрений

Наибольшее судебно-психиатрическое значение имеют волевые дефекты дебилов. Они, как и имбецилы, повышено внушаемы, склонны к подражанию, что в отдельных случаях может быть использовано другими лицами в

противоправных целях. В отличие от нормальных людей постоянно нуждаются в поддержке близкого человека. Несмотря на кажущееся добродушие, иногда могут совершать тяжкие преступления. Вследствие умственной неполноценности, примитивные аффективные реакции при психотравмирующей ситуации у этих лиц могут проявляться в виде срыва и возникать по незначительному поводу.

По особенностям внешних проявлений и поведению олигофренов (дебилов и имбецилов), выделяют два типа:

Гипердинамический тип характеризуется возбудимостью, подвижностью, раздражительностью, расторможенностью, повышением сексуального и пищевого влечений.

Гиподинамический тип проявляется вялостью безразличием, апатией, медлительностью.

Возбудимые олигофрены гипердинамического типа часто представляют выраженную общественную опасность и обычно нуждаются в длительно принудительном лечении.

Правонарушения олигофренов гиподинамического типа чаще являются следствием их беспомощности и растерянности, возникающих в затруднительной для них ситуации. Они не представляют значительной общественной опасности, и нуждаются не столько в лечении, сколько в уходе.

Общественно опасные действия олигофренов чаще диктуются насущными потребностями или ничем не сдерживаемыми влечениями. Иногда правонарушение олигофренами совершается в состоянии ярости, гнева и других аффектов, которые они не в состоянии преодолеть в связи с ослаблением тормозных процессов.

СПЭ идиотов и дебилов не вызывает затруднений, они как правило признаются невменяемыми. При экспертизе дебилов учитываются данные клинического обследования в условиях стационара. Основным критерий — мог ли испытуемый по умственным способностям достаточно правильно осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, способен ли он был противостоять своим влечениям.

Олигофрены с неглубоким умственным дефектом могут быть допрошены в качестве свидетелей или потерпевших. При глубокой степени олигофрении лицо, не способное правильно ориентироваться в ситуации, последовательно восстановить события и правдиво сообщить о них, не может давать показания по делу, а данные им ранее показания не считаются источником доказательств.

В некоторых случаях олигофрены проявляют склонность к оговорам и самооговорам, что является результатом повышенной внушаемости, испугом, растерянностью.

В гражданском процессе идиоты, имбецилы, дебилы с глубокой степенью умственной отсталости признаются недееспособными, они не вправе оформлять браки (оформленный брак расторгается), лишаются родительских прав, гражданские сделки с их участием признаются недействительными.

Легкая степень дебилности не влечет потерю дееспособности, такие лица могут вступать в брак, обладают родительскими правами, вправе заключать гражданские сделки и договоры.

Контрольные вопросы

1. Понятие психоактивного вещества, наркотика и токсического средства. Основные синдромы наркологических заболеваний (абстинентный, психическая и физическая зависимость, изменение толерантности, специфическая деградация личности).
2. Формы алкогольных психозов, их судебно-психиатрическая оценка.
3. Олигофрения. Определение понятия олигофрении. Формы олигофрении. Судебно-психиатрическая оценка лиц с признаками олигофрении.

Лекция 8. Психопатии

1 Понятие и классификация психопатий

Психопатия — стойкая аномалия личности, характеризующаяся нарушением эмоционально-волевой сферы и своеобразным, преимущественно аффективным мышлением. Психопатические особенности начинают проявляться уже в детском, подростковом и юношеском возрасте, сохраняясь в течение всей жизни. Они определяют структуру личности психопата и препятствуют полноценному приспособлению такого лица к окружающей среде, затрудняя адаптацию и определяя поведение. Формирование психопатий заканчивается к концу пубертатного периода.

Диагностические критерии психопатии были определены П. Б. Ганнушкиным (1933) в виде триады: тотальность патологических черт характера (проявляются везде), стойкость характерологических нарушений (сохраняется всю жизнь), социальная дезадаптация (обусловленная характером).

Психопат — это лицо, у которого заметно выступают стойкие уродливые черты характера и темперамента. Интеллект психопата всегда сохранен. Психопат, человек с патологическим характером, несомненно, нездоровый человек, хотя и не душевнобольной.

Многие психиатры преобладающую роль в происхождении психопатий отводили взаимодействию между наследственными, врожденными факторами и неблагоприятными условиями воспитания. По особенностям происхождения (Кербиков О. В., 1971), выделяли психопатии ядерные (врожденные, конституциональные), краевые (вследствие неблагоприятных условий среды) и органические (возникающие после перенесенных травм и заболеваний). Другие психиатры пытались сблизить психопатии с психозами или устанавливали их зависимость от конституциональных особенностей и типа телосложения (Кречмер Е., 1956).

С учетом потребностей судебной психиатрии выделяют следующие формы психопатий: возбудимая, истерическая, паранойяльная астеническая, неустойчивая, тормозная, шизоидная и пр.

2. Судебно-психиатрическое значение психопатий

В большинстве случаев при совершении преступлений психопаты способны осознавать фактический характер своих действий, их общественную опасность и правильно руководить ими. Поэтому, как правило, они признаются вменяемыми.

Невменяемыми чаще признаются невыносливые, астенизированные, беспомощные, лишенные внутренней организованности психопаты, некоторые паранойяльные психопаты с глубокими аномалиями характера в сочетании с интеллектуальной недостаточностью и отсутствием критики. Иногда психопаты признаются невменяемыми в результате резкого усиления психопатических черт характера в период возрастных (например, пубертатных) изменений.

При разрешении вопроса о вменяемости особая осторожность необходима в отношении психопатов примитивного склада с проявлением фанатизма и суеверия. Поскольку эти проявления имеют психологический, а не психопатологический характер и обусловлены не болезнью, а средой, воспитанием, культурным уровнем, то нет оснований признавать таких лиц психически больными, а следовательно, и невменяемыми. Редко невменяемыми признаются психопаты-фантазеры с резко выраженной психической незрелостью и инфантилизмом.

Затруднения при экспертизе психопатий связаны преимущественно с диагностикой, поскольку психопатии по клиническим проявлениям бывают сходны с некоторыми прогрессивными психическими заболеваниями и чаще всего с шизофренией.

Особенно труден дифференциальный диагноз между паранойяльной формой шизофрении и психопатией с фантастическими измышлениями и паранойяльными проявлениями. Следует учитывать, что паранойяльные проявления у психопатов носят обычно однотипный, непрогрессивный характер на протяжении ряда лет, не оказывая значительного влияния на поведение и адаптацию.

Большинство невменяемых психопатов подлежит принудительному содержанию и лечению в психиатрических больницах, а некоторые из них (наиболее асоциальные) — в психиатрических больницах специализированного типа. Возбудимые и паранойяльные психопаты также нуждаются в принудительном лечении. Некоторые астенические психопаты могут находиться под наблюдением семьи и психиатра, так как в силу их инертности, снижения активности и чувства собственной неполноценности они не представляют общественной опасности.

Психопаты содержатся в учреждениях уголовно-исполнительной системы на общих основаниях, наравне с остальными осужденными, но с обязательным наблюдением и лечением психиатра. Медицинское обслуживание психопатов не должно отличаться от общих принципов и форм обслуживания других лиц, отбывающих наказание в исправительных учреждениях. Основная задача в отношении психопатов такая же, как и в отношении остальных осужденных. Она сводится к перевоспитанию на основе приобщения к общественно полезному труду и возвращению к честной трудовой жизни. Если же у психопатов в местах лишения свободы возникает реактивное состояние или явления декомпенсации, к которым они склонны, то психопаты могут быть направлены в психиатрическую больницу исправительного учреждения вплоть до выхода из болезненного состояния.

Как правило, психопаты могут быть допрашиваемы в качестве свидетелей и давать показания. Некоторые затруднения представляют иногда показания

паранойяльных психопатов и психопатов-истериков (фантазеров). Наличие указанных психопатологических особенностей в большинстве случаев все же не может явиться основанием для лишения таких лиц права давать показания. Некоторые затруднения возникают также при оговорах и самооговорах психопатов. Необходимость в судебно-психиатрической экспертизе возникает тогда, когда в глаза бросается неправдоподобность, нереальность, фантастичность и явно болезненная трактовка психопатом излагаемых фактов.

Психопаты даже при ярко выраженных психопатических проявлениях не лишаются дееспособности. Психопаты паранойяльной формы иногда признаются недееспособными.

Психопаты-истерики часто предпринимают покушения на самоубийство, которые носят показной характер, со свойственной им позой и рисовкой. Истерики редко доводят попытку до конца, большей частью неоднократно принимаются за нее с открытым приготовлением и разглашением намерения, бравируют угрозами, наслаждаясь эффектом, или, напротив, стремятся вызвать сочувствие и сострадание окружающих. В отдельных случаях психопаты наносят себе тяжелые повреждения не с целью демонстрации, а с явным намерением окончить жизнь самоубийством.

3. Временные психические расстройства

Распространенность временных психических расстройств составляет около 2—3 % от общего числа лиц, признанных невменяемыми. Такие заболевания могут возникать у практически здоровых людей, но чаще у перенесших в прошлом черепно-мозговую травму или какое-либо заболевание головного мозга, страдающих энцефалопатиями различного происхождения (последствия инфекции, интоксикации и др.), психопатическим складом характера или различными невропатическими нарушениями.

Общим для этой особой группы расстройств является внезапное начало, непродолжительное течение, обязательное присутствие расстроенного (преимущественно сумеречного) сознания, двигательное возбуждение или заторможенность, обратимость психотической симптоматики с последующей полной или частичной амнезией.

К временным психическим расстройствам относят так называемые исключительные и реактивные состояния.

1. Исключительные состояния

Данные психические расстройства представляют собой различную по клиническим формам, синдромам и симптомам группу кратковременных нарушений психической деятельности. По характеру возникновения и течения они сходны между собой: начинаются и заканчиваются внезапно, протекают на фоне измененного сумеречного помрачения сознания, сопровождаются бурным двигательным возбуждением и агрессией. В таких состояниях больные недоступны контакту. Исключительные состояния длятся непродолжительное время (чаще минуты, реже — часы), после чего наступает истощение физических и психических сил ("прострация"), сон с последующим восстановлением психического здоровья. Наблюдается полная или частичная амнезию происшедшего.

К исключительным состояниям относят: патологическое опьянение, сумеречные состояния сознания, патологическое просоночное состояние, патологический аффект, реакцию "короткого замыкания".

Возникновению исключительных состояний способствуют разнообразные внешние, временно действующие, истощающие факторы, к которым относятся длительные психическое и физическое перенапряжение и переутомление, хроническое недомогание, неуверенность, страх, боязнь ответственности, недоедание, астенизирующее влияние вялопротекающих соматических и инфекционных заболеваний, переохлаждение или перегревание организма и другие. Сочетание действия такого фактора с имеющейся легкой "психической неполноценностью" создает условия для возникновения исключительных состояний. Так, патологическое опьянение чаще констатируют у лиц, перенесших черепно-мозговые травмы или заболевания головного мозга, при воздействии вышеперечисленных дополнительных факторов, патологический аффект и реакцию "короткого замыкания" чаще выявляют у психопатических личностей или у лиц с невротическими расстройствами под влиянием острой психогенно обусловленной травмы.

Патологическое опьянение встречается чаще других исключительных состояний. При этой болезненной форме диагностика затруднена и клиническая картина (симптоматика и течение) восстанавливается ретроспективно по материалам уголовного дела, показаниям очевидцев и прежде всего по установлению факта помрачения сознания. При его констатации подэкспертный признается невменяемым.

Сумеречные состояния сознания (не являющиеся симптомами какого-либо хронического психического заболевания) — встречаются нередко, проявляясь частичной или полной отрешенностью от окружающего, различной степенью дезориентировки в месте, времени и ситуации, нарушением мышления с частичной или полной невозможностью правильных суждений и запоминанием происшедших событий. В таких острых случаях отмечают развитие галлюцинаций, бреда, аффекта злобы, тоски, страха, неистового возбуждения, склонность к жестоким агрессивным действиям или, наоборот — внешне упорядоченное поведение, с развитием амнезии на происшедшие события. При установлении сумеречного состояния сознания как самостоятельной формы кратковременных психических расстройств испытуемый признается невменяемым в отношении совершенных им общественно опасных деяний.

Патологическое просоночное состояние проявляется в нарушении сознания в период болезненного пробуждения от глубокого физиологического сна, который сопровождается яркими (часто кошмарными) сновидениями, когда и может быть совершено общественно опасное деяние. Механизм болезненного просоночного состояния сводится к тому, что пробуждение от глубокого сна наступает медленно и от сонного торможения раньше освобождается двигательная сфера. Поэтому такой субъект может передвигаться и совершать ряд моторных актов, в том числе и агрессивные действия, в то время как сознание продолжает оставаться еще неясным. Часто в просоночном состоянии сновидения переплетаются с реальностью, окружающее воспринимается неправильно, искаженно, как

продолжение сна. При этом поведение носит неосмысленный характер, возможны кратковременные бредовые эпизоды. Такими лицами насильственные действия могут быть совершены не только в состоянии неполного пробуждения, когда наполовину проснувшийся приобрел уже способность двигаться и действовать, а сознание еще не прояснилось, но и в период засыпания при наличии мучительного желания сна и невозможности удовлетворить его. При установлении патологического просоночного состояния испытуемые признаются судом невменяемыми в отношении инкриминируемых правонарушений.

Патологический аффект. При этом болезненном состоянии констатируют воздействие внезапной и интенсивной психической травмы с появлением трех (условных) фаз: подготовительной, взрыва и заключительной. В подготовительной фазе под влиянием психической травмы (тяжелая обида, неожиданное оскорбление, потрясающее известие и т. д.) происходит резкое нарастание аффективной напряженности с концентрацией всех представлений только на психогенно обусловленном раздражителе. В этот момент способность критически оценивать и осознавать происходящее и собственное состояние глубоко нарушается, а то и просто невозможна. В фазе взрыва возникший напряженный аффект негодования, гнева или иступления сочетается с глубоким помрачением сознания и неистовым двигательным возбуждением, которое носит автоматический и бесцельный или агрессивный характер, возникают вегетативные нарушения (побледнение или покраснение лица, изменение ритма дыхания, сердцебиения и т. д.). В заключительной фазе наблюдается истощение физических и психических сил, что влечет состояние прострации (с безучастием и безразличием к окружающим и содеянному) или сон. Воспоминания о происшедшем обычно не сохраняются или частичны.

При судебно-психиатрической экспертизе довольно часто возникает необходимость дифференцировать патологический аффект от аффекта физиологического. Для последнего нетипичным является его развитие с последовательной сменой вышеуказанных фаз, отсутствует помрачение сознания, а также то, что разрешение последнего не завершается прострацией или сном.

Реакция "короткого замыкания" возникает в результате длительно существующего, интенсивного напряжения в форме тоски или отчаяния, нередко сочетающегося с тревожным ожиданием. При этом состоянии в сознании такого лица доминируют представления, связанные с господствующим аффектом. Совершение противоправного деяния, которое до этого не предполагалось, определяется мгновенно сложившейся, зачастую случайной ситуацией. Клиническая картина данного психического расстройства определяется нарушенным сознанием с автоматическими действиями или выраженными, не соответствующими поведению, аффективными нарушениями с импульсивными поступками, приводящими к совершению опасных действий, в виде агрессии, аутоагрессии и суицида. Реакция "короткого замыкания" заканчивается либо психофизиологическим истощением (типа прострации), либо сном. Воспоминаний о совершенном деянии у испытуемых может не быть или они фрагментарны. При установлении у подэкспертных реакции "короткого замыкания" они признаются

невменяемыми в отношении совершенных ими общественно опасных деяний. В настоящее время эта форма поглощена понятием патологической аффект.

Судебно-психиатрическая оценка. Диагностика и судебно-психиатрическая оценка исключительных состояний всегда вызывает значительные затруднения, так как они не бывают предметом непосредственного врачебного наблюдения. Клиническую картину этих болезненных состояний приходится восстанавливать ретроспективно, в ряде случаев через значительные промежутки времени и только по материалам уголовного дела, которые часто оказываются недостаточными и неполными. Основное внимание уделяют определению наличия у подозреваемого или обвиняемого в период инкриминируемого деяния помраченного сознания. Показания свидетелей могут способствовать выявлению у такого лица дезориентировки, особенностей высказываний, характера поступков (наличие стереотипных действий), внешнего облика подэкспертного в это время, его поведения в момент окончания ситуации (возникновение прострации, сна). Лица с диагностированными формами исключительного состояния признают невменяемыми.

2. Реактивные состояния

Реактивными состояниями называют временные, обратимые нарушения психической деятельности, которые возникают под влиянием экзогенных, психогенных расстройств, субъективно тяжело психически переживаемых, но носящих функциональный характер. То есть они не сопровождаются органическими изменениями вещества головного мозга, а выражаются только в расстройстве его функций. В клинической картине реактивные состояния являются переходящими, так как после устранения травмирующей ситуации и смягчения тяжести переживаний психическое здоровье обычно полностью восстанавливается. Экспериментально доказано (И. П. Павлов, 1954—1957), что нервные клетки коры мозга имеют определенный предел работоспособности. При воздействии раздражителей, по силе превышающих работоспособность нервных клеток, наступает запредельное торможение. Оно выражается в отказе клеток головного мозга в таких условиях выполнять свои функции. Не будь такого торможения, сверхсильное раздражение и непосильная нагрузка на нервные клетки привели бы к полному их истощению.

Развиваясь на основе одного и того же патофизиологического механизма (срыва высшей нервной деятельности), реактивные состояния проявляются в разных клинических картинах и составляют две основные подгруппы: неврозы и реактивные психозы. Причем основным клиническим признаком второй подгруппы является продуктивная (обратимая) психотическая симптоматика, которая отсутствует при неврозах. При неврозах не бывает бреда, галлюцинаций, нарушенного сознания, имеется критическое отношение к болезни. Важной особенностью неврозов является сохранность интеллекта и важнейших психологических характеристик личности, а также обратимость патологической симптоматики. К неврозам относятся неврастения, невроз навязчивых состояний и истерический невроз.

Неврастения — распространенное заболевание, возникающее при умственном или физическом переутомлении, недостатке сна, длительном

психическом напряжении и травмирующей ситуации. Она выражается обычно в аффективной раздражительности, эмоциональной неустойчивости, упадке работоспособности, головных болях, головокружениях, бессоннице.

Неврастения развивается незаметно и течет длительно. Вначале появляется повышенная возбудимость и лабильность нервной системы, а в последующем — повышенная истощаемость, утомляемость ("раздражительная слабость"), неспособность сосредоточиться на выполняемой работе, нарушение концентрации внимания, непереносимость обычных раздражителей (звук, свет). Настроение у таких лиц, как правило, понижено, вплоть до развития депрессии. Лица, страдающие неврастенией, часто обращаются к врачам с разнообразными жалобами на неприятные ощущения, боли в области сердца, другие вегетативные нарушения.

Следует учитывать, что некоторые психические заболевания (например, прогрессивный паралич, инволюционные изменения и др.) начинаются с подобной неврастенической симптоматики. Неврастения никогда не сопровождается психотической (острой) симптоматикой и нарушением критических способностей. При судебно-психиатрической оценке инкриминируемых действий лицо, страдающее неврастенией, признается вменяемым.

Невроз навязчивых состояний характеризуется явлениями навязчивости, навязчивыми идеями, страхами (фобиями), боязнью высоты, острых предметов (ножей, бритв, вилок, иголок), возможностью заразиться какой-либо болезнью, навязчивым счетом (ступеней лестницы, числом этажей здания и т. п.), навязчивым мудрствованием ("умственной жвачкой"), навязчивым воспоминанием забытых имен, терминов, дат, формулировок и т. д.

Навязчивые мысли, влечения, сомнения, воспоминания, страхи и представления иногда переходят в навязчивые действия, т. е. совершаемые против желания или при полном осознании их нелепости, несмотря на все прилагаемые усилия, чтобы удержаться от них. Они могут носить характер экзотических, вычурных ритуалов (заклинаний), направленных на предотвращение несчастья, несмотря на критическое к ним отношение.

При навязчивости в легкой степени болезненные симптомы могут быть подавлены больным. Так, если появляется навязчивое желание совершить опасное действие или неэтичный поступок, то после длительной внутренней борьбы подобное желание обычно все же остается нереализованным. К навязчивым состояниям такие лица относятся критически, понимая их несуразность и свою ответственность. При тяжелых степенях навязчивых проявлений такие лица стесняются своих поступков из-за возможности их реализации и становятся почти неработоспособными.

Явления навязчивости наблюдаются не только при неврозе, но и у психастенических психопатов. В практике судебно-психиатрической экспертизы невроз навязчивых состояний (в силу критического отношения и борьбы с навязчивостью) практически не встречается.

Истерический невроз проявляется в разнообразной и пестрой симптоматике, включающей истерические припадки, истерические параличи, нарушения чувствительности, временную потерю речи, вегетативные нарушения и другие

явления (спазм мускулатуры гортани — истерический "комок в горле", ощущение нехватки воздуха, сердцебиение), которые возникают в условиях психотравмирующих ситуаций. Они отличаются от психопатий временным и менее устойчивым характером, а от реактивных психозов — меньшей глубиной. В судебно-психиатрической практике истерические неврозы могут протекать с элементами аггравации (преувеличения психопатической симптоматики).

Клиническая картина неврозов формируется медленно и хотя неврозы носят большей частью длительный характер, но все же не приводят к психозам. Таких психотических симптомов, как галлюцинации, бред, помрачение сознания и слабоумие, при неврозах не наблюдается. У больных полностью сохраняется критическое отношение к окружающему и своему заболеванию.

Судебно-психиатрическое значение. Невроз, выраженный в любой степени, не влечет невменяемости, не лишает способности быть свидетелем, давать показания и не является основанием для досрочного освобождения от наказания из учреждений уголовно-исполнительной системы.

3. Реактивные психозы

Реактивный психоз может наступить у любого человека при большой силе психической травмы, воздействие которой зависит от состояния нервной системы и типа высшей нервной деятельности. Легче и чаще всего психогенные (реактивные) психозы возникают у лиц с неполноценной или ослабленной нервной системой, психопатов, перенесших черепно-мозговую травму, в пубертатный период, у пожилых, олигофренов с неглубоким слабоумием.

Реактивные психозы по клинической картине, характеру и длительности течения делят на острые шоковые, подострые и затяжные.

Острые шоковые реактивные психозы возникают под влиянием очень сильной психогенной травмы (при тяжелом потрясении, связанном с неожиданным известием, арестом, объявлением приговора и т. п.) или в результате возникшего испуга и страха в связи с прямой угрозой жизни, при стихийных бедствиях и катастрофах.

Проявляются шоковые состояния в одних случаях во внезапно наступившем состоянии неподвижности, оцепенении, своеобразном "параличе чувств" и "остановке" всех психических проявлений. Человек в этот момент не в состоянии произнести ни слова, хотя окружающее воспринимает правильно. Это так называемая гипокинетическая форма, обусловленная психогенной психомоторной заторможенностью. Она сопровождается вегетативными нарушениями и глубоким помрачением сознания (по типу сноподобной оглушенности) с последующей амнезией.

В других случаях внезапно возникшее шоковое реактивное состояние проявляется в бурном двигательном возбуждении, бессмысленных непрерывных хаотических действиях, безотчетном метании из стороны в сторону, беспокойстве, дезориентировке, нечленораздельных выкриках — гиперкинетическая форма, обусловленная психогенным психомоторным возбуждением, которое сопровождается вегетативными нарушениями и расстройствами (побледнением или покраснением, обильным потоотделением, частым сердцебиением и

дыханием, расстройством сознания). Обычно воспоминания о происшедшем не сохраняются.

К гиперкинетической форме шоковых реакций следует отнести также острые психозы страха. В этих случаях при психомоторном возбуждении ведущим симптомом является панический, безудержный страх, который отражается в мимике, движениях и руководит поведением таких лиц. Иногда психомоторное возбуждение сменяется психомоторной заторможенностью, когда люди застывают в позе, выражающей ужас и отчаяние. Эти острые реакции продолжаются от нескольких часов до нескольких дней и сопровождаются последующей амнезией.

Некоторое сходство с реакцией шокового характера имеет аффективный взрыв. Под последним, как уже указывалось, понимается кратковременное болезненное состояние, возникающее психогенным путем в результате тяжелых сильных "страстей", волнений, особенно гнева, неожиданного оскорбления, унижения.

Подострые реактивные психозы возникают не внезапно и не сразу после психической травмы (как при реакции шокового характера и аффекте), а в результате длительных переживаний и напряженной, мучительной психологической переработки в мыслях травмирующей ситуации. Причинами переживаний могут быть возбуждение уголовного дела, арест, содержание под стражей, изменение режима в местах отбывания наказания, отказ в помиловании, неприятные вести. Такие реактивные состояния носят неглубокий, нестойкий характер и быстро проходят. В некоторых случаях они достигают глубокой степени, вплоть до психоза и тянутся длительное время (от 2—3 до 8—12 недель). Разновидностью подострых реактивных психозов могут быть психогенная реактивная депрессия, психогенный реактивный ступор, психогенная реакция истерического характера. Психогенная реактивная депрессия — частая форма, возникающая в ответ не только на психические, но и на соматические вредности. Она характеризуется угнетенным настроением, вплоть до подавленности и глубокой тоски, психической и физической заторможенностью. У больных, находящихся в депрессии, сознание не нарушено, выражение лица скорбное и страдальческое, речь тихая, с большими паузами, все рисуется в мрачных, безнадежных тонах, мысли сосредоточены на травмирующих событиях. Поведение сопровождается растерянностью и тревогой. Они громко плачут, плохо спят, отказываются от еды. Некоторые из них в таком состоянии сидят неподвижно или лежат в постели, не проявляя инициативы. Возможно появление нестойкого депрессивно-параноидного синдрома с бредовыми идеями преследования.

Психогенная депрессия может даже сопровождаться зрительными и слуховыми представлениями, приближающимися по яркости к галлюцинациям. Содержание переживаний отображает ситуацию, в которой находятся такие лица. При данном виде депрессии нередко констатируют ипохондрическую симптоматику. В картине психогенной депрессии часто выступают и истерические явления.

Обычно психогенная депрессия со временем проходит, психическое здоровье полностью восстанавливается, и только у отдельных лиц преклонного

возраста, а также при наличии физического истощения она принимает затяжное течение и глубокий характер.

Психогенная депрессия возникает главным образом после совершения преступления, во время отбывания наказания. Она крайне редко предшествует правонарушению, и также редко преступление совершается в депрессивном состоянии.

Психогенный реактивный ступор внешне может быть сходен со ступором при других заболеваниях, в частности, с кататоническим ступором при шизофрении. Больные в состоянии реактивного ступора неподвижны, все время находятся в одной и той же застывшей позе, не разговаривают и не отвечают на вопросы, а если и разговаривают, то мало, речь их однообразна. Они упорно отказываются от еды и лекарств. Мимика лица выражает страх, глаза широко раскрыты. От малейшего прикосновения вздрагивают, как от электрического тока. При напоминании о фактах, с которыми связаны тяжелые переживания, у лиц с реактивным ступором появляется ряд вазомоторных изменений: покраснение лица, обильный пот, учащение пульса. В таком состоянии сознание расстраивается, становится неясным, суженным. При отказе от пищи, даже при регулярном искусственном кормлении, у ступорозных больных иногда наступает физическое истощение, что в свою очередь может значительно утяжелить их психическое состояние, а при появлении сердечной недостаточности не исключается смертельный исход.

Психогенный ступор является проходящим и заканчивается выздоровлением. Только в отдельных случаях он принимает затяжное течение и тогда больной нуждается в длительном лечении в психиатрической больнице. Иногда после выхода из реактивного ступора эти лица уже сознательно продолжают вести себя так, как в состоянии ступора. Вся болезненная симптоматика в этот период, которую они так пытаются продлить, носит уже искусственный, симулятивный характер.

Психогенная реакция истерического характера проявляется самовнушением, "бегством в болезнь" и целевыми установками, которые выражаются в желании лица быть больным, чтобы избежать предстоящей ответственности за совершенные проступки, добиться некоторых льгот, облегчить себе режим отбывания наказания, попасть в больницу уголовно-исполнительной системы.

Истерические реакции наблюдаются не только у психопатов-истериков, но и у психически здоровых людей в условиях тяжелых переживаний. Всякого рода соматические нарушения, сопутствующие истерической реакции, обычно не имеют под собой органической основы. Такого рода проявления нередко имеют психологическое содержание: паралич ног отражает нежелание ходить (передвигаться), истерическая глухонмота — нежелание общаться и контактировать с окружающими. Такого рода нарушения обычно бесследно проходят после устранения вызвавшей их причины или после того, как человек внутренне примирился с создавшимся положением. При неблагоприятных условиях нарушения могут возобновляться по уже известному образцу.

Реактивное состояние истерического типа выражается также в истерических припадках, при которых сознание помрачается не полностью. Нередко больной с

истерическим расстройством сознания как бы "выключается" из реальной действительности и живет в мнимой ситуации. В таких случаях говорят об истерических психозах. При затяжном течении, наблюдается уменьшение истерической симптоматики, особенно при физическом истощении.

Реактивные состояния истерического типа в отдельных случаях проявляются в некоторых своеобразных психопатологических синдромах, среди которых выделяются псевдодеменция и пуэрилизм.

Синдром псевдодеменции (ложное слабоумие) выражается в том, что больной, на фоне некоторого сужения сознания, ведет себя как бы нарочито нелепо. Он "не знает" своего имени, не может сказать, сколько ему лет, где находится, какое сейчас время года. На элементарные вопросы дает неправильные ответы, считает с ошибками. При этом всегда создается впечатление, что больной все же понимает смысл вопроса и строит свой ответ в его русле. Внешне псевдодеменция напоминает симулятивное поведение, но отличается от последнего тем, что псевдодеменция протекает при несколько измененном сознании и как бы не продуцируется сознательными волевыми усилиями, в то время как симуляция — без нарушения сознания и всегда является результатом продуманных действий.

В одних случаях псевдодеменция протекает с психомоторной расторможенностью и дурашливостью, театральностью и искусственностью. Больные беспричинно смеются, таращат глаза, у них глупое выражение лица. В других она сопровождается подавленным настроением, тоскливостью, депрессией.

Псевдодеменция — состояние кратковременное (несколько дней, недель) и в дальнейшем обычно заканчивается выздоровлением или же переходит в депрессию, ступор, а иногда в симуляцию. В крайне редких случаях псевдодеменция принимает затяжное течение, и больной как бы "деградирует" и "дичает", становится неряшливым.

Близко к синдрому псевдодеменции стоит так называемый ганзеровский синдром (название по фамилии Ганзера, 1898 г.). При рассматриваемом синдроме наблюдается сумеречное суженное сознание, потеря элементарных знаний, растерянность, тревога, страх, неправильные ответы, возможны зрительные галлюцинации.

Пуэрилизм — это также истерическая реакция, сопровождающаяся чертами детского поведения. Такое лицо как бы возвращается в детство, говорит на ломаном, сюсюкающем языке с детскими интонациями, капризничает, кривляется, ходит мелкими шажками, держит во рту палец, хихикает, говорит, что он еще маленький, делает куклы и играет с ними, по-детски плачет, когда игрушки отбирают. Пуэрилизм часто сочетается с псевдодементным поведением. Длится он, как правило, недолго и заканчивается исчезновением признаков клинической картины.

В судебно-психиатрической практике, в редких случаях встречаются реактивные состояния в форме реактивного галлюциноза, реактивного параноида и бредоподобных фантазий. Психогенный (реактивный) галлюциноз выражается в появлении слуховых и зрительных галлюцинаций. Наряду с галлюцинациями наблюдаются и бредовые идеи. Все это протекает на фоне страха и тревоги.

Больной слышит разные голоса знакомых и незнакомых ему лиц, плач своих детей, иногда ему кажется, что его называют по имени, слышит шум и взрывы, угрозы, будто он будет убит. Иногда больной слышит как бы по радио решение суда о своем помиловании. Нередко слуховые галлюцинации переплетаются со зрительными.

В возникновении реактивного галлюциноза играет роль ситуация изоляции и отсутствие первичных (бытовых) раздражителей. Содержание галлюцинаций всегда отражает ситуацию, но в поведении больных отсутствуют элементы театральности и игры, свойственные истерическим реакциям. Развивается реактивный галлюциноз медленно.

Психогенный (реактивный) параноид обычно выражается в бредовых идеях преследования и отношения, возникает на фоне суженного сознания и резко выраженного страха и тревоги.

Следует иметь в виду, что реактивный параноид встречается и в качестве самостоятельной формы, а также в виде включений при ступоре, псевдодеменции и других реактивных состояниях.

Клиническая картина реактивного параноида складывается из внутренней растерянности и тревоги, депрессивного фона и суженного сознания на определенном комплексе переживаний. При этом больные непрерывно слышат звон ключей, команду, крики, шаги, плач жены, детей, сообщения о помиловании. Они растеряны, не знают, где находятся, не понимают, что происходит вокруг, беспомощны, отказываются от пищи и лекарств, просят пощадить их и не убивать, отпустить домой. Отмечаются бредовые идеи, чаще бред преследования.

К реактивному параноиду относят и так называемый "железнодорожный параноид", возникающий в условиях длительных железнодорожных путешествий и сутолоки, порождающих всякого рода опасения. Возникает он сразу, развивается бурно и быстро проходит. Иногда в таком состоянии больные совершают общественно опасные действия. Реактивный параноид довольно часто возникает также у военнопленных или просто эмигрантов, находящихся в тяжелых условиях — среди людей, говорящих на непонятном для них языке. По указанным же причинам может возникнуть и бред у лиц с пониженным слухом ("бред тугоухих"), у которых присущая им подозрительность иногда переходит в уверенность, что окружающие смеются над ними, договариваются об убийстве, отравлении.

Реактивный параноид нередко имеет большое сходство с шизофренией, и поэтому отграничивать одно заболевание от другого в отдельных случаях трудно. Психогенно обусловленные бредоподобные фантазии характеризуются наличием в основном у истерических личностей в "экстремальных" условиях фантастических идей разнообразного содержания. Такие лица говорят о силе, могуществе, богатстве, о своей особой значимости и ценности для общества и государства. Упорно трудятся над сочинением "философских" и "научных трактатов" наивного и фантастического содержания, над описанием изобретений. Считают, что своими "открытиями" совершают переворот в науке и их гениальность оценят только потомки. От истинных бредовых идей бредоподобные фантазии отличаются тем, что последние возникают легко, изменчивы и не

сопровождаются той уверенностью в их правдоподобности, как это бывает при истинном бреде.

Перечисленные формы реактивных психозов редко встречаются изолированно. Как правило, одна форма переплетается с другой или одна переходит в другую.

Судебно-психиатрическая оценка. В случаях когда правонарушение совершено в состоянии реактивного психоза, экспертам-психиатрам необходимо установить его глубину. Если оно было настолько глубоким, что правонарушитель не мог осознавать фактический характер своих действий и его общественную опасность в этот период, отдавать отчет в своем поведении и руководить им, обвиняемый признается в отношении данного общественно опасного деяния невменяемым. Психическое состояние таких лиц подпадает под понятие временного психического расстройства, упоминаемого в ст. 21 УК РФ. Трудности в судебно-психиатрической практике могут возникать в отношении лиц, у которых реактивное состояние принимает глубокий и слишком затяжной характер. В отдельных редких случаях такие состояния достигают степени тяжелой неизлечимой болезни, особенно если у больного появляются необратимые изменения в соматической сфере. В случаях когда реактивный психоз появляется после совершения преступления, разрешение вопроса о вменяемости не вызывает затруднений. Поскольку оно совершено не в болезненном состоянии, то в отношении данного преступления такое лицо признается вменяемым, но на время реактивного состояния обвиняемый может нуждаться в лечении в психиатрическом учреждении. Эксперты-психиатры и суды в отношении таких лиц руководствуются ст. 97 УК РФ о необходимости назначения принудительных мер медицинского характера. Судебно-следственные действия на период болезни приостанавливаются, а после выхода из реактивного состояния возобновляются. После выздоровления такие лица могут подлежать наказанию за преступления, совершенные до заболевания.

При судебно-психиатрической экспертизе по поводу реактивных состояний, возникающих у осужденных, отпадает необходимость давать заключение по вопросу о вменяемости; у большинства лиц, находящихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы, возникает необходимость в переводе больного для лечения в психиатрическую больницу.

При судебно-психиатрической оценке реактивных состояний, возникающих после преступления, необходимо отграничивать их от психических заболеваний эндогенного характера, в частности шизофрении, в связи с тем, что последняя иногда начинается картиной реактивного состояния. Лица, обнаруживающие глубокое реактивное состояние любой формы, естественно, не могут принимать участия в суде в качестве свидетелей и давать показания.

Сложным является вопрос об участии в суде потерпевших, пребывающих в реактивном состоянии. Вопрос об использовании их показаний в качестве судебных доказательств в каждом отдельном случае разрешает суд с участием экспертов-психиатров.

Следует иметь в виду возможность самооговоров при реактивных состояниях, особенно в состоянии психогенной депрессии. Больной может

оговорить себя, преувеличить вину и даже приписать себе преступление, которое он не совершал. В гражданском процессе реактивные состояния в легкой и умеренной степени не лишают больных способности правильно учитывать окружающую обстановку и разумно вести свои дела. Глубокие реактивные состояния все же являются временным психическим расстройством. Отсюда следует, что всякого рода акты гражданского состояния и обязательства, оформленные и взятые до заболевания, не теряют законной силы. В отдельных случаях действие таких договоров и обязательств на время болезни приостанавливается. При решении вопроса о дееспособности судебно-психиатрические эксперты исходят из оценки психического состояния подэкспертных в период совершения гражданско-правового акта (сделки, завещания, дарственной записи, вступления в брак). Наличие реактивного психоза в это время позволяет говорить о недействительности данного конкретного акта.

Контрольные вопросы.

1. Понятие исключительного состояния, клинические критерии диагностики. Патологический аффект. Реакция короткого замыкания, просоночное состояние. Патологическое опьянение. Судебно-психиатрическая оценка исключительных состояний.

2. Психопатии. Определение понятия психопатии. Формы психопатии. Судебно-психиатрическая оценка психопатий.

3. Причины и условия возникновения реактивных состояний. Неврозы и реактивные психозы. Формы реактивных состояний, встречающиеся в судебно-психиатрической практике. Судебно-психиатрическая оценка больных с реактивными психозами и неврозами.

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ

I. Организация и проведение судебно-психиатрической экспертизы

1. В чем состоит предмет судебной психиатрии?

1. В постановке заключения о вменяемости лиц, привлекаемых к уголовной ответственности.
2. В постановке заключения о дееспособности лиц, вызывающих сомнение в их психическом здоровье у суда в гражданском процессе.
3. В определении психического состояния лиц, обнаруживших признаки психического расстройства в период отбывания наказания.
4. В разработке психиатрических критериев, на основе которых даются заключения о невменяемости и недееспособности, в выборе тех или иных медицинских мер в отношении психически больных, совершивших преступление.
5. В определении в необходимых случаях психического состояния свидетелей и потерпевших.

2. Какова цель клинического психиатрического исследования?

1. Определить характер заболевания.
2. Установить степень болезненных психических расстройств.
3. Определить степень заболевания, его интенсивность, глубину психических изменений.
4. Определить диагноз заболевания.
5. Установить тяжесть болезненных психических расстройств.

3. По отношению к каким правовым нормам разрешаются клинические психиатрические вопросы?

1. По отношению к вменяемости.
2. По отношению к невменяемости.
3. По отношению к дееспособности.
4. По отношению к недееспособности.
5. По отношению к вменяемости и дееспособности.

4. Какие формы психических расстройств наблюдаются в судебно-психиатрической практике и почти не встречаются в обычной лечебной практике?

1. Кратковременные психические расстройства в форме сумеречных состояний, патологического опьянения, патологического аффекта.
2. Шизофрения.
3. Реактивные состояния.
4. Органические поражения головного мозга.
5. Эпилепсия.

5. Кто из русских ученых занимался изучением психиатрических расстройств?

1. В. П. Сербский.
2. М.В. Ломоносов.
3. Н.Е. Введенский.
4. Д. И. Менделеев.
5. А.Н. Леонтьев.

6. Какие виды психических заболеваний требуют стационарной экспертизы?

1. В стационарной экспертизе обычно нуждаются лица, заболевание которых носит неясный характер и установление диагноза заболевания которых вызывает затруднения.
2. В стационарной экспертизе обычно нуждаются лица, ранее состоявшие на учете у психиатра.
3. Стационарная экспертиза необходима, чтобы определить, в каком психическом состоянии находилось лицо ко времени совершения самоубийства.
4. В стационарной экспертизе обычно нуждаются все обвиняемые.
5. Стационарная экспертиза редко применяется в судебной практике.

7. В чем специфика экспертизы в суде и у следователя?

1. По условиям исследования экспертиза в суде и у следователя приближается к амбулаторной экспертизе.
2. Экспертиза в суде и у следователя по своему содержанию носит различный характер.
3. Экспертиза в суде и у следователя по своему содержанию ни чем не различаются.
4. Экспертиза в суде и у следователя может служить основанием для направления обвиняемого на стационарное исследование.
5. Экспертиза в суде и у следователя по своему содержанию является уместной там, где речь идет о каком-либо временном и уже прошедшем болезненном расстройстве психической деятельности.

8. В каких целях назначается заочная экспертиза?

1. Чаще всего заочная экспертиза назначается в целях контроля при возникновении у суда или прокуратуры сомнения в правильности и обоснованности заключения психиатрической экспертизы.
2. Заочная экспертиза назначается, если у суда не возникает сомнения в правильности обоснованности заключения психиатрической экспертизы.
3. Заочная экспертиза назначается, если у суда нет возможности проведения другого вида экспертизы.
4. Заочная экспертиза назначается с целью разрешения спорных вопросов.
5. Заочная экспертиза назначается с целью разрешения гражданских споров, когда оспаривается дееспособность лиц.

9. Какой вид судебно-психиатрической экспертизы используется в случае самоубийства?

1. Судебно-психиатрическая экспертиза у следователя.
2. Заочная экспертиза.
3. Экспертиза в суде.
4. Амбулаторная экспертиза.
5. Стационарная экспертиза.

10. Кто привлекается в качестве судебно-психиатрических экспертов?

1. Любое лицо, если оно отвечает требованиям, предъявляемым к экспертам.
2. Врачи.

3. Психиатры.
4. Юристы.
5. Адвокат.

II. Проблемы вменяемости, невменяемости .

1. Что такое вменяемость?

1. Вменяемость означает способность отдавать себе отчет в своих действиях и руководить своими действиями.
2. Это юридический критерий.
3. Это показатель психического здоровья.
4. Это волевой признак.
5. Это медицинский критерий.

2. Какова формула невменяемости?

1. Формула невменяемости состоит из двух критериев – медицинского и юридического.
2. Формула невменяемости состоит из одного критерия – медицинского.
3. Формула невменяемости состоит из одного критерия – юридического.
4. Формула невменяемости состоит из трех критериев – медицинского, юридического и психологического.
5. Формула невменяемости состоит из трех критериев – медицинского, юридического и интеллектуального.

3. Какой критерий невменяемости появился первым?

1. Медицинский.
2. Юридический.
3. Психологический.
4. Интеллектуальный.
5. Медицинский и юридический одновременно.

4. Каково обязательное условие невменяемости?

1. Психическое заболевание.
2. Временное нарушение процессов высшей нервной деятельности.
3. Алкогольное опьянение.
4. Болезненные состояния.
5. Душевное волнение.

5. На какие признаки подразделяется юридический критерий невменяемости?

1. На волевой признак.
2. На интеллектуальный и волевой признаки.
3. На интеллектуальный признак.
4. На психологический признак.
5. На интеллектуальный и эмоциональный признаки.

6. На какие признаки подразделяется медицинский критерий невменяемости?

1. Хроническое психическое расстройство.
2. Временное психическое расстройство.
3. Слабоумие или иное болезненное состояние психики.
4. Все, перечисленное в п.п. 1-3.

5. Различные формы психических заболеваний.

7. Как относительно больных шизофренией судебно-психиатрическая экспертиза решает вопрос вменяемости?

1. Больных шизофренией, в подавляющем большинстве случаев, следует считать невменяемыми.

2. Больных шизофренией, в подавляющем большинстве случаев, следует считать вменяемыми.

3. Больных шизофренией, в подавляющем большинстве случаев, следует считать дееспособными.

4. Больных шизофренией, в подавляющем большинстве случаев, следует госпитализировать.

5. Больные шизофренией, в подавляющем большинстве случаев, нуждаются в опеке.

8. Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния, находилось в состоянии

А. невменяемости

Б. вменяемости

В. недееспособности

Г. дееспособности

Д. невменяемости и дееспособности

9. К лицу, признанному судом невменяемым, могут быть применены принудительные меры медицинского характера, в виде:

а) амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра;

б) принудительного лечения в психиатрическом стационаре общего типа;

в) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа;

г) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.

10. Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния, находилось в состоянии невменяемости, а именно:

а. не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия)

б. или не могло руководить своими действиями

в. вследствие хронического психического заболевания

г. или вследствие временного психического расстройства

д. или вследствие слабоумия

е. или вследствие иного болезненного состояния психики

11. К критериям, лица с психическим расстройством, не исключающим вменяемости относятся все, кроме:

А. невменяемого лица

Б. вменяемого лица

В. которое во время совершения преступления в силу психического расстройства

Г. не могло в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия)

Д. которое не могло в полной мере руководить ими, подлежит уголовной ответственности.

12. Психическое расстройство, не исключающее вменяемости, учитывается

а. судом при назначении наказания

б. как смягчающее обстоятельство

в. может служить основанием для назначения принудительных мер медицинского характера, предусмотренных УК РК

13. Не может быть признан судом недееспособным, гражданин:

а. вследствие психического заболевания

б. вследствие слабоумия

в. может понимать значения своих действий

г. не может понимать значения своих действий

д. или не может руководить своими действиями

14. Над гражданином признанным судом недееспособным

а. устанавливается опека

б. от его имени, сделки совершает его опекун

в. при значительного улучшения здоровья суд признает его дееспособным

г. при выздоровления суд признает его дееспособным, после чего с него снимается опека.

15. Дело о признании гражданина недееспособным вследствие психического заболевания или психического расстройства, слабоумия или иного болезненного состояния психики может быть возбуждено в суде по заявлению

а) членов семьи

б) близких родственников, независимо от совместного с ним проживания

в) прокурора

г) органа опеки и попечительства

д) психиатрического (психоневрологического) лечебного учреждения

16. Дело о признании гражданина недееспособным

а) возбуждается в целях защиты интересов ограниченно дееспособного,

б) путем установления (назначения) опеки

в) заявление о признании гражданина недееспособным подается в суд по месту жительства этого гражданина

г) заявление о признании гражданина недееспособным подается в суд по месту нахождения учреждения, если лицо было помещено в психиатрическое лечебное учреждение

III. Судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей и потерпевших.

1. Судебная экспертиза живых лиц

а. осуществляется при наличии условий, необходимых для проведения соответствующих экспертных исследований

б. при условии обеспечения соблюдения прав лиц, подвергающихся экспертному исследованию.

в. при условии обеспечения соблюдения законных интересов лиц, подвергающихся экспертному исследованию

г. осуществляется в порядке, установленном законодательством

2. Объектами СПЭкспертизы в уголовном процессе могут являться все, кроме:

а. вещественные доказательства, документы

б. сведения, содержащиеся в материалах уголовного дела относящиеся к предмету экспертизы

в. тело

г. состояние психики человека,

д. трупа

3. Производство судебной экспертизы может быть поручено:

а. сотрудникам органов судебной экспертизы;

б. лицам, осуществляющим судебно-экспертную деятельность на основании лицензии;

в. в разовом порядке иным лицам может быть поручено производство судебной экспертизы в соответствии с требованиями Закона.

4. Комплексная судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном процессе назначается и производится в случаях:

а. когда установление того или иного обстоятельства невозможно путем проведения отдельных экспертиз.

б. для проведения ряда исследований на основе использования разных специальных отраслей знаний

в. производство экспертизы поручается экспертам различных специальностей.

г. производство экспертизы поручается экспертам одной специальности

д. производство экспертизы поручается одному эксперту

5. В Постановлении о назначении СПЭ органа, ведущего уголовный процесс

а. должны быть сформулированы вопросы, имеющие значение для правильного разрешения дела

б. вопросы, поставленные перед экспертом, которому поручено проведение экспертизы

в. не могут выходить за пределы его специальных знаний

г. не могут ставиться на разрешение правовые вопросы, не входящие в компетенцию эксперта, иные вопросы, не относящиеся к делу

6. В медицинское учреждение, для производства судебно-психиатрической экспертизы принудительно помещается, лицо, не содержащееся под стражей, только:

А. по решению суда

Б. с санкции прокурора

В. по постановлению следователя

Г. по постановлению следователя и прокурора

Д. по решению суда и прокурора

7. Подозреваемый, обвиняемый, потерпевший, свидетель подвергнутый экспертизе

а. до окончания предварительного следствия знакомиться с заключением эксперта или его сообщением о невозможности дать заключение,

б. до окончания предварительного следствия знакомиться с протоколом допроса эксперта

в. вправе давать свои объяснения по выводам экспертизы

г. заявлять ходатайства о возражении по выводам экспертизы

д. под расписку знакомится с постановлением следователя об удовлетворении или отклонении его ходатайства

8. Судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей и потерпевших

а. не оценивает достоверность и содержание показаний

б. констатирует психическое состояние лица

в. констатирует способность правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела

г. констатирует способность давать правильные показания, имеющие значение для дела т.е. констатирует их процессуальную дееспособность

9. К условиям процессуальной дееспособности потерпевшего относится:

а. возраст

б. психическое здоровье

в. физическое состояние

10. Заключение экспертов СПЭ, по уголовным делам:

а. должно быть исследовано лицом или органом назначившим СПЭ

б. должно быть оценено лицом или органом назначившим СПЭ

в. должно отвечать, требованиям к форме Заключения экспертов

г. должно отвечать, требованиям к содержанию Заключения экспертов

11. При исследовании заключения эксперта СПЭ, по уголовным делам, следует иметь в виду, кроме:

а. не имеет каких-либо преимуществ перед другими доказательствами

б. не имеет заранее установленной силы

в. подлежит анализу, в совокупности с другими доказательствами по делу

г. подлежит сопоставлению в совокупности с другими доказательствами по делу

д. подлежит оценке в совокупности с другими доказательствами по делу.

12. При оценке судебно-психиатрического заключения экспертов, исследуется, его :

А. полнота

Б. всесторонность

В. объективность

Г. обоснованность

13. В заключении экспертов, проводивших повторную экспертизу, обязательно должно быть указано:

А. на основании каких данных исследования они пришли к мнению о подтверждении

Б. правильности предыдущего заключения эксперта.

В. на основании каких данных исследования они пришли к мнению о подтверждении

Г. ошибочности предыдущего заключения эксперта.

IV. Общие понятия о психических заболеваниях.

1. Какие виды психических заболеваний требуют стационарной экспертизы?

1. В стационарной экспертизе обычно нуждаются лица, заболевание которых носит неясный характер и установление диагноза заболевания которых вызывает затруднения.

2. В стационарной экспертизе обычно нуждаются лица, ранее состоявшие на учете у психиатра.

3. Стационарная экспертиза необходима, чтобы определить, в каком психическом состоянии находилось лицо ко времени совершения самоубийства.

4. В стационарной экспертизе обычно нуждаются все обвиняемые.

5. Стационарная экспертиза редко применяется в судебной практике.

2. Каковы критерии оценок психических расстройств при депрессивных реакциях?

1. Яркие зрительные и слуховые представления, приближающиеся к галлюцинациям.

2. Помутнение сознания.

3. Двигательная активность.

4. Мутизм.

5. Чувство страха.

3. Как в судебно-психиатрической клинике учитывается специфика симулятивных галлюцинаций?

1. Симулятивные галлюцинации отличаются неправдоподобной и чрезмерной конкретностью, фантастичностью.

2. Специфика симулятивных галлюцинаций в судебно-психиатрической клинике не учитывается.

3. Симулятивные галлюцинации в судебно-психиатрической клинике определяются без особых трудностей.

4. Симулятивные галлюцинации – это почти всегда только фигуры людей.

5. Симулятивные галлюцинации – это почти всегда только фигуры животных.

4. Что включает в себя понятие шизофрения?

1. Шизофрения представляет собой прогрессирующее психическое заболевание, нередко ведущее к значительному изменению личности.

2. Шизофрения – редко встречающееся психическое заболевание.

3. Шизофрения - психическое заболевание, не ведущее к значительному изменению личности.

4. Шизофрения - психическое заболевание, являющееся основанием невменяемости.

5. Шизофрения - психическое заболевание, являющееся основанием для помещения больного в психиатрическую лечебницу.

5. Каковы причины шизофрении?

1. Причины шизофрении до конца не ясны.
2. Причины шизофрении связаны с нарушением обмена веществ.
3. Причины шизофрении связаны с наследственностью.
4. Причины шизофрении связаны с перенесенными инфекционными заболеваниями.

5. Причины шизофрении связаны со слабостью корковых клеток.

6. Каковы клинические признаки шизофрении?

1. Характерным признаком шизофрении является нарушение контакта с окружающими, отгороженность от внешнего мира (аутизм).
2. Характерным признаком шизофрении является потеря памяти.
3. Характерным признаком шизофрении является повышенный интерес к окружающему миру.
4. Характерным признаком шизофрении является диссоциация, нарушение психических связей, расстройства эмоционально-волевой сферы и мышления.
5. Характерным признаком шизофрении является чрезмерная активность.

7. Какая форма шизофрении распознается труднее всего?

1. Параноидная.
2. Кататоническая.
3. Гебефреническая.
4. Простая форма шизофрении.
5. Параноидная и кататоническая.

8. Как относительно больных шизофренией судебно-психиатрическая экспертиза решает вопрос вменяемости?

1. Больных шизофренией, в подавляющем большинстве случаев, следует считать невменяемыми.
2. Больных шизофренией, в подавляющем большинстве случаев, следует считать вменяемыми.
3. Больных шизофренией, в подавляющем большинстве случаев, следует считать дееспособными.
4. Больных шизофренией, в подавляющем большинстве случаев, следует госпитализировать.
5. Больные шизофренией, в подавляющем большинстве случаев, нуждаются в опеке.

9. Что такое эпилепсия?

1. Это психическое заболевание, выражающееся в судорожных припадках с потерей сознания, в периодических, острых психических расстройствах и, в постепенно наступающих, общих изменениях психики.
2. Это психическое заболевание, не связанное с изменением психики.
3. Это психическое заболевание, не имеющее ярко выраженной клинической картины.
4. Это психическое заболевание, связанное с потерей памяти.
5. Это психическое заболевание, известное сравнительно недавно.

10. Каковы причины эпилепсии?

1. Патологическая инертность процесса возбуждения.
2. Наследственное отягощение.
3. Влияние внешних факторов.
4. Ранее перенесенные инфекционные заболевания.
5. Наследственное отягощение, усугубленное влиянием внешних факторов.

11. Какой наиболее характерный клинический признак эпилепсии?

1. Судорожный эпилептический припадок.
2. Потеря сознания.
3. Повышенная тревожность.
4. Умственная слабость.
5. Агрессивность.

12. В чем специфика судебно-психиатрической оценки острых психических расстройств эпилептиков?

1. Существование типичных судорожных эпилептических припадков.
2. Возможность вменяемости.
3. Эпилептическое слабоумие как критерий невменяемости.
4. Резкое изменение психики.
5. Тугоподвижное мышление.

13. Чем следует руководствоваться в трудных и сомнительных случаях в вопросе о вменяемости больных эпилепсией?

1. Степенью сохранности интеллектуальных способностей и работоспособности.
2. Резко повышенная аффективность.
3. Общий характер заболевания.
4. Особенности течения заболевания.
5. Опасное поведение больного.

14. В чем проявляется маниакально-депрессивный психоз?

1. Маниакально-депрессивный психоз проявляется в периодически возникающих приступах маниакального и депрессивного состояний.
2. Состоянием возбуждения.
3. Двигательным возбуждением.
4. Ускоренным мышлением.
5. Повышенным настроением.

15. Что лежит в основе маниакального состояния?

1. длительное преобладание в мозгу процесса возбуждения и торможения.
2. длительное преобладание в мозгу процесса возбуждения.
3. длительное преобладание в мозгу процесса торможения.
4. запредельное торможение коры головного мозга.
5. расстройство сознания.

16. Каково течение маниакально-депрессивного состояния?

1. Депрессивные и маниакальные приступы чередуются с нормальным психическим состоянием.
2. Маниакальный приступ.

3. Депрессивный приступ.
4. Длинные психотические приступы.
5. Нормальное психическое состояние.

V. Эпилепсия. Судебно-психиатрическая оценка.

1. Что такое эпилепсия?

1. Это психическое заболевание, выражающееся в судорожных припадках с потерей сознания, в периодических, острых психических расстройствах и, в постепенно наступающих, общих изменениях психики.

2. Это психическое заболевание, не связанное с изменением психики.

3. Это психическое заболевание, не имеющее ярко выраженной клинической картины.

4. Это психическое заболевание, связанное с потерей памяти.

5. Это психическое заболевание, известное сравнительно недавно.

2. Каковы причины эпилепсии?

1. Патологическая инертность процесса возбуждения.

2. Наследственное отягощение.

3. Влияние внешних факторов.

4. Ранее перенесенные инфекционные заболевания.

5. Наследственное отягощение, усугубленное влиянием внешних факторов.

3. Какой наиболее характерный клинический признак эпилепсии?

1. Судорожный эпилептический припадок.

2. Потеря сознания.

3. Повышенная тревожность.

4. Умственная слабость.

5. Агрессивность.

4. В чем специфика судебно-психиатрической оценки острых психических расстройств эпилептиков?

1. Существование типичных судорожных эпилептических припадков.

2. Возможность вменяемости.

3. Эпилептическое слабоумие как критерий невменяемости.

4. Резкое изменение психики.

5. Тугоподвижное мышление.

5. Чем следует руководствоваться в трудных и сомнительных случаях в вопросе о вменяемости больных эпилепсией?

1. Степенью сохранности интеллектуальных способностей и работоспособности.

2. Резко повышенная аффективность.

3. Общий характер заболевания.

4. Особенности течения заболевания.

5. Опасное поведение больного.

6. Какой наиболее характерный клинический признак эпилепсии?

1) Судорожный эпилептический припадок.

2) Потеря сознания.

3) Повышенная тревожность.

- 4) Умственная слабость.
- 5) Агрессивность.

7. Чем следует руководствоваться в трудных и сомнительных случаях в вопросе невменяемости больных эпилепсией?

- 1) степенью сохранности интеллектуальных способностей и работоспособности.
- 2) Резко повышенная эффективность.
- 3) Общий характер заболевания.
- 4) Особенности течения заболевания.
- 5) Опасное поведение больного.

8. Каковы причины эпилепсии?

- 1) Патологическая инертность процесса возбуждения.
- 2) Наследственное отягощение.
- 3) Влияние внешних факторов.
- 4) Ранее перенесенные инфекционные заболевания.
- 5) Наследственное отягощение, усугубленное влиянием внешних факторов.

9. В чем специфика судебно-психиатрической оценки острых психических расстройств эпилептиков?

- 1) Существование типичных судорожных эпилептических припадков.
- 2) Возможность вменяемости.
- 3) Эпилептическое слабоумие как критерий невменяемости.
- 4) Резкое изменение психики.
- 5) Тугоподвижное мышление.

10. Что такое эпилепсия?

- 1) Это психическое заболевание, выражающееся в судорожных припадках с потерей сознания, в периодических, острых психических расстройствах и, в постепенно наступающих, общих изменениях психики.
- 2) Это психическое заболевание, не связанное с изменением психики.
- 3) Это психическое заболевание, не имеющее ярко выраженной клинической картины.
- 4) Это психическое заболевание, связанное с потерей памяти.
- 5) Это психическое заболевание, известное сравнительно недавно.

VI/ Алкоголизм. Алкогольные психозы.

1. Какой из видов алкогольного опьянения в судебно-психиатрической экспертизе вызывает наибольшие трудности при постановке диагноза?

1. Обычное, или простое, алкогольное опьянение.
2. Патологическое опьянение.
3. Хронический алкоголизм.
4. Белая горячка.
5. Алкогольный галлюциноз.

2. Что такое эпилептоидное патологическое опьянение?

1. Это состояние внезапного и резкого изменения сознания опьяневшего.
2. Это состояние сильного психомоторного возбуждения.
3. Это глубокое расстройство сознания с последующей полной амнезией.
4. Это явление изменения сознания с искаженным восприятием окружающего.

5. Это неправильное, безотчетное поведение, носящее характер автоматических действий.

3. Какова продолжительность патологического опьянения?

1. 10 минут.
2. 1 час.
3. День.
4. От нескольких минут до немногих часов.
5. Неделя.

4. Как при судебно-психиатрической экспертизе рассматривается вопрос о вменяемости в состоянии алкогольного опьянения?

1. Обычное опьянение не исключает вменяемости.
2. Патологическое опьянение не исключает вменяемости.
3. Патологическое опьянение исключает вменяемость.
4. Обычное опьянение исключает вменяемость.
5. Необходимо исходить из существования двух качественно различных состояний: обычного опьянения, не исключающего вменяемости, и кратковременного расстройства психической деятельности, возникшего в связи с приемом алкоголя (патологического опьянения), исключающего вменяемость.

5. Как при судебно-психиатрической экспертизе рассматривается вопрос о вменяемости в состоянии наркотического опьянения?

1. Не исключают вменяемости и не снимают ответственности за совершенные правонарушения.
2. В редких случаях признается вменяемость.
3. Исключает вменяемость.
4. Всегда признается вменяемость.
5. В судебной психиатрии это является спорным вопросом.

6. Патологическое опьянение развивается

- а. на фоне негативных внешних и внутренних условий
- б. через несколько минут после приема алкоголя или его суррогатов (что чаще)
- в. даже на фоне предшествующего алкогольного простого опьянения (что значительно реже)

7. Патологическое опьянение клинически проявляется всем, кроме:

- а. сумеречного помрачения сознания
- б. аффекта витального страха
- в. галлюцинаций и бредовых расстройств устрашающего характера
- г. преобладания резкого двигательного беспокойства, носящего оборонительный характер.
- д. эйфории

8. Психопатологическая диагностика патологического опьянения характеризуется:

- а. клиническая картина восстанавливается ретроспективно
- б. по материалам уголовного дела, показаниям очевидцев

в. по констатации нарушенного восприятия реальной действительности и окружающего

г. по констатации галлюцинаторно-бредовых переживаний

д. автоматизированному характеру действий

е. наличие аффекта страха

ж. по установлению факта помрачения сознания

9. При сумеречном помрачении сознания выявляется все, кроме:

а. частичной или полной отрешенности от окружающего

б. различной степени дезориентировки в месте, времени и ситуации

в. нарушения мышления с частичной или полной невозможностью правильных суждений

г. частичным или полным забыванием происшедших событий

д. сохранной памяти на происшедшее

VII. Токсикомания. Наркомания.

1. Какая из нижеперечисленных наркоманий приводит к наиболее грубому интеллектуальному дефекту ?

- опийная

- гашишная

- кокаиновая

+ барбитуровая

2. Термин "наркотическое" средство включает в себя следующие критерии

+ медицинский

+ социальный

+ юридический

- фармакокинетический

3. Синдром измененной реактивности включает все перечисленное , кроме

- изменения формы потребления одурманивающего вещества

+ появления абстинентного синдрома

- изменения толерантности

- исчезновения защитных реакций при передозировке

- изменения формы опьянения

4 Изменение состояния опьянения у наркомана характеризуется всем перечисленным, кроме

- исчезновения сомато-вегетативных эффектов наркотика

- исчезновения седативного эффекта

- появления амнезий

+ повышения интенсивности эйфории

- появления парадоксальных и извращенных психических эффектов

5 Патологическое влечение к наркотику обусловлено

+ психической зависимостью

- социальным окружением

+ физической зависимостью

- ничем из перечисленного

6 Наиболее частыми признаками опийного опьянения являются все перечисленные, кроме

- миоза
- + галлюцинаций
- эйфории
- дизартричности речи

7. Абстинентный синдром развивается после прекращения приема опиатов в среднем через

- 2-3 часа
- + 5-10 часов
- сутки
- двое суток

8. Отличительными чертами абстиненции при барбитуровой наркомании являются

- слабая выраженность вегетативных расстройств
- + судорожные расстройства
- + тяжелое течение абстиненции
- кратковременность абстиненции

9. Рубежом, за которым выявляются признаки зависимости от снотворных у лиц, применяющих их длительное время, является все перечисленное, кроме

- дневной прием
- извращение физиологического действия снотворных (появление эйфоризирующего действия)
- + необходимость повышения дозы снотворного на ночь для сохранения контроля над симптомами бессонницы

10. Наиболее частым осложнением приема средств бытовой и промышленной химии являются

- + деменции
- + судорожный синдром
- + делириозные состояния
- олигофрении

11. Для лечения больных опиоидной (героиновой) наркоманией используют:

- + купирование абстинентных явлений
- + лечение аффективных расстройств (использование нормотимиков и антидепрессантов)
- + личносно-ориентированная психотерапия
- суггестивные методы (внушение, гипноз, «кодирование» и пр.)

12. Какой из нижеперечисленных факторов позволяет достоверно разграничить наркоманию и наркотизм (злоупотребление)?

- частота употребления наркотиков
- + сложившийся абстинентный синдром
- повышение толерантности
- отсутствие критики к злоупотреблению наркотиками

- любой из нижеперечисленных

13. Укажите правильное утверждение о толерантности при 1-2 стадии наркомании:

- толерантность снижается

+ толерантность повышается

- толерантность не меняется

14. Признаками, характеризующими наркоманию в целом, являются:

+ деградация личности

+ криминальное поведение

- повышение адаптивных возможностей

- повышение творческих потенций личности

+ тенденция к диссимуляции

VIII. Олигофрения. Симуляция психических расстройств

1. Что в судебной психиатрии понимается под исключительными состояниями?

1. Это временные расстройства психической деятельности, возникающие внезапно.

2. Это сонливость.

3. Это потеря памяти.

4. Патологическое опьянение.

5. Патологический аффект.

2. Какова продолжительность исключительного состояния?

1. 10 минут.

2. 1 час.

3. День.

4. От нескольких минут до нескольких часов.

5. Неделя.

3. Чем исключительные состояния отличаются от других временных расстройств психической деятельности?

1. Внезапностью и кратковременностью.

2. Продолжительностью во времени.

3. Ярко выраженной симптоматикой.

4. Не ярко выраженной симптоматикой.

5. Двигательным возбуждением.

4. Могут ли исключительные состояния возникать повторно?

1. Для исключительных состояний характерно отсутствие склонности к повторному возникновению.

2. Для исключительных состояний характерно повторное возникновение.

3. Повторяются через короткий промежуток времени.

4. Не возникают никогда.

5. Возникают очень часто.

5. В чем трудность судебно-психиатрической оценки исключительных состояний?

1. Судебно-психиатрическая оценка исключительных состояний не представляет особенных трудностей.

2. Необходимостью ретроспективно восстанавливать поведение и состояние испытуемого в момент преступления.

3. В отдельных случаях бывает необходимо участие психиатра.

4. Необходимостью анализа клинической картины в целом.

5. Необходимостью опроса свидетелей.

6. Как определяется невроз в судебно-психиатрической экспертизе?

1. Невроз – болезненное отклонение в нервно-психической сфере в форме так называемого нервного срыва.

2. Длительная психическая травматизация.

3. Необратимое явление психики.

4. Это морфологическое изменение нервной ткани.

5. Это кратковременное психическое расстройство.

7. В чем специфика возникновения истерического невроза по И.П.

Павлову?

1. Он часто развивается и тяжелее протекает у представителей слабого тормозного типа.

2. Истерический невроз часто развивается и тяжелее протекает у представителей сильного типа нервной системы.

3. Истерический невроз часто развивается внезапно.

4. Истерический невроз социально обусловлен.

5. Истерический невроз – это одна из форм психогенной реакции.

8. Чем клинические реактивные состояния отличаются от неврозов?

1. Более острым течением и преобладанием психотических симптомов.

2. Характером выраженного психоза.

3. Возникновение реактивного состояния связано с типом нервной системы.

4. Возникновением под влиянием острой психической травмы.

5. Возникновением под влиянием интоксикации.

9. Какова клиническая картина "бредоподобных фантазий"?

1. Клиническая картина "бредоподобных фантазий" в основном определяется наличием фантастических бредоподобных идей.

2. Галлюцинациями.

3. Повышенной двигательной активностью.

4. Сонливостью.

5. Депрессией.

10. В чем заключается особенность судебно-психиатрической оценки реактивных состояний?

1. Возникновение в связи с психической травмой и обратимый (излечимый) характер расстройств.

2. Реактивные состояния носят характер неизлечимых заболеваний.

3. Реактивные состояния служат основанием невменяемости.

4. Реактивные состояния являются основанием для прекращения уголовного дела.

5. Они носят излечимый характер и не являются основанием для прекращения уголовного дела.

11. Что такое явление диссимуляции?

1. Сознательное стремление скрыть свою болезнь и ее симптомы.
2. Это патологическое явление, противоположное симуляции.
3. Это параноидный шизофренизм.
4. Это сознательное, притворное изображение заболевания.
5. Это симуляция.

12. Что лежит в основе маниакального состояния?

1. длительное преобладание в мозгу процесса возбуждения и торможения.
2. длительное преобладание в мозгу процесса возбуждения.
3. длительное преобладание в мозгу процесса торможения.
4. запредельное торможение коры головного мозга.
5. расстройство сознания.

13. Каково течение маниакально-депрессивного состояния?

1. Депрессивные и маниакальные приступы чередуются с нормальным психическим состоянием.
2. Маниакальный приступ.
3. Депрессивный приступ.
4. Длинные психотические приступы.
5. Нормальное психическое состояние.

14. Как решается вопрос о невменяемости при маниакально-депрессивных состояниях?

1. Если правонарушение совершено в "светлом промежутке", то субъект признается вменяемым, так как приступы маниакально-депрессивного психоза обычно не оставляют после себя дефектных симптомов.
2. Маниакально-депрессивный психоз всегда считается причиной невменяемости.
3. Маниакально-депрессивный психоз никогда не считается причиной невменяемости.
4. Период психотического состояния считается причиной невменяемости.
5. Период психотического состояния не считается причиной невменяемости.

КРАТКИЙ СЛОВАРЬ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ

- Абсанс** - кратковременная (доли секунды, несколько секунд) потеря или угнетение сознания с последующей утратой памяти на события, предшествующие расстройству сознания.
- Абстиненция** - состояние, возникающее в результате прекращения приема или введения веществ, вызывающих токсикоманическую зависимость. Характеризуется психическими, соматическими и неврологическими расстройствами.
- Автоматизм** - произвольные действия.
- Адаптация** - процесс приспособления организма к изменившимся условиям существования.
- Агнозия** - нарушение процессов узнавания предметов и явлений при сохранности сознания и функции органов чувств.
- Аграфия** - потеря способности писать.
- Агрессивность** - болезненное стремление к нападению и нанесению физического или морального вреда окружающим.
- Адинамия** - уменьшение или полное прекращение двигательной активности организма или органа.
- Алексия** - потеря способности читать.
- Амимия** - отсутствие движения мышц лица (мимики), что придает ему маскообразное выражение.
- Амнезия** - нарушение памяти в виде утраты способности сохранять и воспроизводить ранее приобретенные знания, отсутствие воспоминаний о событиях и переживаниях определенного периода.
- Анартрия** - утрата членораздельной речи.
- Апатия** - психическое состояние, вызванное утомлением, тяжелыми переживаниями или заболеванием,

проявляющееся потерей интереса и безразличием к себе и окружающим.

- Апраксия** - нарушение способности производить целенаправленные действия и сложные двигательные акты при сохранности составляющих его элементарных движений.
- Астения** - состояние, характеризующееся повышенной утомляемостью, эмоциональной неустойчивостью, частой сменой настроения, раздражительной слабостью, гиперстезией, слезливостью, вегетативными нарушениями, расстройствами сна и утратой способности к продолжительному умственному или физическому напряжению.
- Атаксия** - нарушение движений, проявляющееся расстройством их координации (согласованности).
- Аура** - внезапно возникающее непроизвольное кратковременное (доли секунды, несколько секунд) расстройство сознания, сопровождающееся своеобразным ощущением, психическим переживанием или движением, непосредственно предшествующее эпилептическому припадку.
- Аутизм** - патологическая замкнутость, потеря контакта с действительностью, утрата интереса к общению, отгороженность от внешнего мира, уход в мир собственных переживаний.
- Аутохтонно** - возникновение психических нарушений или заболевания без видимых причин.
- Афазия** - нарушение речи, характеризующееся полной или частичной утратой способности понимать чужую речь или пользоваться словами и фразами для выражения своих мыслей.
- Афония** - отсутствие звучности голоса при сохранности шепотной речи.
- Аффект** - кратковременная, но довольно сильная, положительная или отрицательная эмоция, возникшая в ответ на воздействие внутренних или внешних

факторов и сопровождающаяся соматовегетативными проявлениями.

- Беспомощное состояние** - состояние потерпевшего, характеризующееся невозможностью ввиду психического или физического дефекта понимать характер и значение совершаемых с ним действий или оказывать сопротивление.
- Бред** - расстройство мышления в результате психического заболевания: совокупность ложных идей, суждений, не соответствующих действительности, полностью овладевающих сознанием и не поддающихся при разубеждении и разъяснении.
- Брутальный** - агрессивный в достижении цели.
- Булемия** - чрезмерное (болезненное) повышение аппетита.
- Вербигерация** - монотонное, бессмысленное повторение одних и тех же слов или фраз.
- Галлюцинация** - психическое расстройство в виде ложного (мнимого) восприятия, непроизвольно возникающего нереального объекта в виде ощущений, видений, голосов, звуков, запахов и так далее и приобретающего характер объективности.
- Гипертимия** - повышенное, жизнерадостное настроение, сопровождающееся усилением двигательной и психической активности.
- Гиперестезия** - повышенная восприимчивость к обычным внешним раздражителям, нейтральным в нормальном состоянии.
- Гиперкинезия** - непроизвольное двигательное возбуждение, лишенное смыслового и физиологического значения.
- Гипестезия** - понижение восприимчивости к внешним раздражителям.
- Гипноз** - временное, сноподобное состояние сознания, характеризующееся сужением его объема и резкой фокусировкой на содержании внушения, что связано с изменением функции индивидуального контроля и

самосознания.

- Гипобулия** - понижение волевой активности в виде бедности побуждений, вялости, бездеятельности.
- Гипнокинезия** - длительное угнетение, сопровождающееся обеднением и замедлением движений.
- Гипотимия** - угнетенное настроение в виде уныния, тоски, печали с неопределенным чувством грядущего несчастья, сопровождающееся стеснением и тяжестью в области сердца, груди, во всем теле (витальная тоска).
- Дебильность** - легкая степень олигофрении, характеризующаяся врожденной примитивностью суждений и умозаключений, недостаточной дифференциацией эмоций, а также сниженной социальной адаптацией, в том числе и ограниченной возможностью обучения.
- Деградация алкогольная** - деградация личности при хроническом алкоголизме, сопровождающаяся аффективными и психопатоподобными изменениями, утратой трудоспособности и ранее занимаемого положения в обществе.
- Дезориентировка** - неспособность ориентироваться в месте, времени, а также в собственной личности.
- Делирий** - вид помрачения сознания, характеризующийся ложной ориентировкой в окружающем, с преобладанием истинных зрительных галлюцинаций, зрительных иллюзий, парейдолий, сопровождаемый образным бредом и двигательным возбуждением.
- Деменция** - приобретенное слабоумие, ослабление интеллекта, возникающее как последствие психической болезни.
- Деперсонализация** - психопатологическое нарушение самосознания с чувством утраты (отчуждения) собственного "Я", искаженное восприятие самого себя, осознаваемое и болезненно переживаемое самой личностью.
- Дереализация** - расстройство психической деятельности, выражающееся в тягостном чувстве искаженности, нереальности, чуждости окружающего мира в целом и его отдельных предметов, явлений.

Дизартрия	- неспособность к правильной артикуляции речи, смазанная, запинаящаяся, "спотыкающаяся" речь.
Дипсомания	- истинный запой в виде непреодолимого приступообразного влечения к пьянству.
Дисмнезия	- расстройство памяти, характеризующееся снижением возможности запоминания, уменьшением запасов памяти и ухудшением воспроизведения.
Дисфория	- приступы мрачного, тоскливо-злобного, угрюмо-недовольного настроения, сочетающегося с повышенной чувствительностью к любому внешнему раздражителю, взрывчатостью, агрессивностью, нередко страхами.
Доминанта	- переживание, становящееся основным мотивом действия.
Дромомания	- периодически возникающее болезненное импульсивное влечение к перемене мест, бродяжничеству, бесцельному скитанию.
Идиотия	- тяжелая форма олигофрении, характеризующаяся стабильным врожденным слабоумием, практически отсутствием психических реакций и речи, невозможностью усвоения простейших психических навыков, а также полным отсутствием социальной адаптации.
Иллюзия	- ошибочное восприятие реально существующих объектов, предметов, явлений.
Имбецильность	- форма олигофрении, занимающая среднее положение между идиотией и дебильностью, характеризующаяся наличием врожденного слабоумия в виде замедленного и непоследовательного мышления, возможностью усвоения лишь элементарных навыков и косноязычием, а также слабой социальной адаптацией.
Императивный	- повелительный.

Импульсивный	- внезапный, немотивированный, бессмысленный, неконтролируемый.
Инфантилизм	- психопатологическое состояние, характеризующееся задержкой физического и (или) психического развития с сохранением черт, присущих детскому или подростковому возрасту.
Ипохондрия	- психопатологическое состояние, характеризующееся излишним вниманием к состоянию своего здоровья, необоснованной тревогой за него, страхом заболеть неизлечимой болезнью и др.
Исключительные состояния	- группа острых кратковременных расстройств психической деятельности, возникающая у лиц, не страдающих психическими заболеваниями. Как правило представляет собой единственный эпизод в жизни. К ним относят патологическое опьянение, патологический аффект, сумеречное помрачение сознания, патологическое просоночное состояние, реакция "короткого замыкания".
Истерия	- заболевание, возникающее под влиянием психотравмирующих факторов, чаще у лиц с повышенной внушаемостью и самовнушаемостью, которое характеризуется полиморфными психическими, соматическими, вегетативными нарушениями.
Каталепсия	- восковая гибкость с длительным сохранением приданной телу больного позы, требующей в некоторых случаях значительного мышечного напряжения из-за своего неудобства.
Кататония	- болезненное состояние с преобладанием нарушений в двигательной сфере – ступор (заторможенность) или возбуждение (движение).
Кверулянство	- расстройство поведения, выражающееся сутяжничеством, борьбой против мелких, иногда мнимых обид.
Клептомания	- импульсивное немотивированное влечение к воровству, навязчивое стремление к кражам.

Конфабуляция	- вымышленное событие, принимающее форму воспоминаний.
Копролалия	- импульсивное произношение бранных и нецензурных слов.
Летаргия	- патологическое состояние, характеризующееся длительным сном с обездвиженностью, ослаблением или отсутствием реакции на внешние раздражители, значительным понижением обмена веществ.
Манерность	- вычурное, неестественное поведение с наличием неадекватных жестов и мимики.
Манифестация болезни	- период выраженных клинических проявлений болезни после ее бессимптомного или стертого течения.
Маразм психический	- крайняя степень распада психики с угасанием всех видов психической деятельности, утратой речи, беспомощностью в быту.
Ментизм	- произвольно возникший, непрерывный и неуправляемый поток мыслей, воспоминаний, образов, представлений, часто бесцельных и ненужных.
Метаморфопсия	- искажение величины или формы воспринимаемых предметов и пространства.
Метасимуляция	- сознательное продление психического заболевания или изображение уже исчезнувших психопатологических симптомов.
Мутизм	- симптомокомплекс, проявляющийся в отказе от речи, немоте при сохранности понимания речи окружающих и отсутствии органических поражений центров речи в головном мозге.
Неврастения	- форма невроза, вызываемого хроническим переутомлением или длительным воздействием психотравмирующих факторов, проявляющегося состоянием повышенной возбудимости и быстрой истощаемости с эмоциональной неустойчивостью, расстройством сна, вегетативными нарушениями.

- Невроз** - форма реактивного состояния, при котором возникновение функциональных (обратимых) психических расстройств связано не столько с острыми психическими травмами, сколько с длительно существующими, хроническими, психогенно обусловленными конфликтами. При этом сохраняется критическое отношение к болезни и способность руководить своими действиями.
- Негативизм** - симптом психического заболевания, выражающийся в немотивированном отказе, отрицательном отношении, сопротивлении и бессмысленном противодействии всякому воздействию извне.
- Обсессия** - навязчивое состояние (явление).
- Олигофрения** - группа патологических состояний, аномалий развития с врожденным или рано приобретенным нарушением мыслительной и познавательной деятельности, преимущественно в виде интеллектуальной недостаточности, сочетающейся с аффективно-волевыми расстройствами.
- Онейроидное состояние** - состояние помраченного сознания с наплывом фантастических переживаний на фоне снопоподобных изменений, характеризующееся отрешенностью от окружающей действительности, расстройством "Я", депрессивным или маниакальным аффектом, кататонией и амнезией.
- Опьянение патологическое** - кратковременное острое расстройство психической деятельности, возникшее после употребления небольшого количества алкоголя (чаще у лиц, ранее не употребляющих алкоголь и его суррогаты). Характеризуется сумеречным помрачением сознания и галлюцинаторно-бредовыми переживаниями, нередко с психомоторным возбуждением, аффектом тревоги, страха, агрессии. Сопровождается амнезией или смутными воспоминаниями.
- Опьянение простое** - совокупность психических, соматических и неврологических расстройств, возникающих в результате острой интоксикации алкоголем или наркотиками. Характеризуется сменой психического

возбуждения торможением с явлениями нарастающего оглушения сознания. Не является психическим заболеванием.

Паралогия - ответы на поставленные вопросы не по существу, не попадая, обусловленные активным или пассивным негативизмом.

Парамнезия - обман памяти в виде искажения памяти или ложных воспоминаний. При этом верят в то, что рассказывают.

Параноид - психопатологический симптомокомплекс, психоз, проявляющийся первичным или образным бредом (чаще преследования), соответствующими его содержанию изменениями в поведении и эмоционально-волевой сфере, а также слуховыми (вербальными) галлюцинациями, псевдогаллюцинациями, иллюзиями и явлениями психического автоматизма.

Паранойя - хроническое психическое заболевание (психоз) с преобладанием бредовых расстройств сложного содержания, последовательностью доводов и внешним правдоподобием при отсутствии интеллектуально-мнестического снижения и нарушений восприятия.

Парафразия - расстройство речи, заключающееся в утрате ее смысла, грамматического строя и применении искусственно созданных слов.

Парафрения - состояние систематизированного или несистематизированного бреда (величия, преследования и воздействий), имеющего нередко ретроспективный характер, с явлениями психического автоматизма и повышенного фона настроения, слуховыми галлюцинациями, ложными узнаваниями и изменениями аффекта.

Парестезия - спонтанно возникающее неприятное ощущение онемения, покалывания, жжения, ползания мурашек.

Пароксизм - внезапное, обычно повторяющееся возникновение или усиление признаков болезни (острый приступ) в

относительно короткий промежуток времени.

- Пенитенциарная психиатрия** - раздел социальной психиатрии, изучающий вопросы клиники и эпидемиологии психических расстройств в популяции мест лишения свободы, а также разрабатывающий методы диагностики, лечения, профилактики и реабилитации осужденных, страдающих психическими нарушениями различной этиологии.
- Пиромания** - импульсивное влечение к поджогу.
- Помрачение сознания** - расстройство отражения реального мира, предметов, явлений и их связей, проявляющееся полной невозможностью или неотчетливостью восприятия окружающего, дезориентировкой во времени, месте, окружающих лицах, собственной личности, бессвязностью мышления, частичной или полной амнезией.
- Превентивный** - предупредительный, предохранительный, профилактический.
- Пресенильный** - предстарческий.
- Прогрессиентность** - постепенное развитие психической болезни с нарастанием и ослаблением клинических симптомов, характерных для эндогенных заболеваний.
- Прострация** - резкий упадок психического тонуса в сочетании с речевой и двигательной заторможенностью, выраженным снижением (или отсутствием) реакции на внешние раздражители.
- Психоз** - психическое заболевание с резко выраженными расстройствами психики, проявляющееся неадекватным отражением реального мира с нарушением поведения, изменением различных сторон психической деятельности, обычно с возникновением не свойственных нормальной психике явлений (галлюцинаций, бреда, психомоторных и аффективных расстройств и других).
- Психопатия** - совокупность стойких особенностей склада

личности, в основе которых лежат дисгармония, неуравновешенность или неустойчивость психических процессов.

Разорванное мышление

- мышление, характеризующееся нарушением логических связей, скачкообразностью, соединением разнородных, не связанных по смыслу элементов, или, наоборот, разрывом целостности мыслей и цепи ассоциаций, вторжением в них неологизмов.

Разорванность речи

- расстройство речи, характеризующееся нарушением или отсутствием в ней смысловых и грамматических связей, наличием неологизмов и деформированных слов.

Раптус

- приступ неистового возбуждения, вызванный чрезвычайно сильным аффектом тоски или страха.

Расстройство схемы тела

- ощущение изменений размеров собственного тела или отдельных его частей, расположения или их отделения от тела.

Рауш-состояние

- легкое помрачение сознания с сохранением внутренней и внешней ориентировки при нарушении критики, аффектов, двигательных и речевых реакций.

Реактивное состояние

- временное психопатологическое расстройство, в клинической картине которого отражается содержание психической травмы.

Реакция "короткого замыкания"

- острое временное психопатологическое нарушение, определяющееся либо расстроенным сознанием, либо резко выраженными, не соответствующими по поводу аффективными расстройствами, сочетающимися с импульсивными, автоматическими действиями, в том числе опасными для окружающих, с последующим сном или резким психофизиологическим истощением (прострацией).

Резидуальный

- остаточный, сохранившийся.

Резонерство

- тип мышления, характеризующийся склонностью к бесплодным, основанным на поверхностных, формальных аналогиях, рассуждениям.

Релаксация	- состояние покоя, расслабленности, возникающее вследствие снятия напряжения, а также сильных переживаний или физических усилий.
Реминисценция	- отсроченное воспроизведение того, что первоначально временно забыто.
Ретенция	- свойство памяти удерживать, сохранять высказывания, прочитанное, эпизоды жизни.
Речевой напор	- патологическое речевое возбуждение, при котором ощущается непрерывная потребность говорить при отсутствии возможности прекратить свои многословные высказывания.
Речь вычурная	- расстройство речи, при котором используются необычные, малопонятные, часто неподходящие по смыслу слова. Обычно сопровождается манерной жестикуляцией и гримасничеством.
Речь зеркальная	- расстройство речи, при котором произвольно повторяются слова, услышанные от окружающих.
Речь обстоятельная	- расстройство речи, при котором медленно и подробно излагаются маловажные детали, что затрудняет понимание цели высказывания.
Речь парадоксальная	- расстройство речи, при котором преобладают противоречивые по смыслу высказывания.
Речь персеверативная	- расстройство речи, при котором многократно повторяется одно и то же слово или оборот речи и при этом затрудняется подбор других слов и оборотов, требуемых для продолжения речи.
Речь пуэрильная	- расстройство речи у взрослого, при котором речь напоминает детскую.
Речь скандированная	- расстройство речи, при котором медленно, раздельно и четко произносятся слоги и отдельные слова.
Сенестопатии	- разнообразные, крайне некритичные, мучительные, тягостные ощущения, исходящие из различных областей тела, отдельных внутренних органов и не

имеющие причин, недоступных определению современными методами исследования.

- Сенильный** - старческий.
- Сенситивность** - особенность, проявляющаяся в повышенной чувствительности к происходящим событиям, обычно сопровождающаяся повышенной тревожностью, боязнью новых ситуаций, людей, всякого рода испытаний и т.п.
- Сенсорный** - чувственный.
- Синдром онейроидный** - помрачение сознания с наплывом непроизвольно возникающих фантастических сновидно-бредовых представлений в виде законченных по содержанию картин, следующих в определенной последовательности и образующих единое целое. Сопровождается отрешенностью от окружающего, расстройством самосознания, депрессивным и маниакальным аффектом, признаками кататонии, сохранением в сознании содержания переживаний при утрате памяти на окружающее.
- Словесная окрошка** - речь, состоящая из набора слов, лишенных смысловой и грамматической связи.
- Сомнамбулизм** - сумеречное помрачение сознания в форме блуждания во сне с выполнением привычных движений и действий.
- Спонтанный** - самопроизвольный, возникающий без внешнего воздействия.
- Суггестия** - внушение.
- Суицидомания** - навязчивое влечение, характеризующееся упорным стремлением к совершению самоубийства.
- Сумеречное состояние** - психическое расстройство, характеризующееся нарушением ориентировки в окружающем, галлюцинаторно-бредовым восприятием действительности, тоскливо-злым настроением, агрессивностью.

Сюрсимуляция	- изображение психопатологических симптомов, не свойственных имеющемуся психическому заболеванию.
Толерантность	- способность организма переносить воздействие определенного лекарственного или иного вещества без развития соответствующего терапевтического или токсического эффекта.
Торпидный	- вялый, неактивный.
Транс	- вид сумеречного помрачения сознания без продуктивной симптоматики (бреда, галлюцинаций, эмоционального напряжения), при котором выполняются внешне целесообразные, иногда сложные действия. По окончании транса у таких лиц развивается амнезия.
Тремор	- непроизвольные, стереотипные, ритмичные колебательные движения всего тела или его частей.
Фобия	- навязчивое состояние в виде непреодолимой боязни некоторых предметов, движений, действий, поступков, ситуаций, которые критически оцениваются как болезненные, но исправлению не поддаются.
Фрустрация	- психическое состояние, возникающее в ситуации конфликта, когда удовлетворение потребности наталкивается на труднопреодолимые (непреодолимые) препятствия, помехи, препятствующие достижению цели.
Фуга	- вид сумеречного помрачения сознания, характеризующийся внезапно возникающим двигательным воздействием, выражающимся в бесцельном бегстве.
Хорея хроническая	- наследственное заболевание нервной системы, проявляющееся гиперкинезами в виде беспорядочных, быстрых, размахистых движений вследствие непроизвольного сокращения мышц в сочетании с нарастающим слабоумием.
Циклотимия	- легкая форма маниакально-депрессивного психоза.

- Шизофренический дефект** - совокупность стойких изменений личности больного шизофренией, переходящее в слабоумие.
- Шок психический** - реактивный психоз, возникающий при внезапных психических потрясениях, угрожающих жизни обстоятельствах или ситуациях, влекущих за собой изменение поведения, появление резкого аффекта страха и проявляющийся в форме либо беспорядочного двигательного возбуждения, либо заторможенности, ступора.
- Шпрунг** - внезапный обрыв хода мысли или длительная задержка мыслительного процесса.
- Шуб** - приступ шизофрении.
- Эйфория** - неадекватное, повышенное, благодушное, радостное настроение, сочетающееся с веселостью, беспечностью и недостаточной критической оценкой своего состояния, нередко сопровождающееся усилением влечений.
- Экзальтация** - повышенное настроение с оттенком неестественной восторженности.

Список рекомендуемой литературы

1. Александровский Ю.А.. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. - М.: Медицина, - 2010
2. Ашурбеков Т.Р. Учебное пособие по судебной психиатрии Махачкала, 2011. - 130 с.
3. Величко Н.Н.. Основы судебной медицины и судебной психиатрии. Учебник. – М.: ЦИиНМОКП МВД России, 2000. - 325 с.
4. Горшков А.В., Колоколов Г.Р. Краткий курс по судебной психиатрии: учебное пособие.- Москва, 2009. 128 с.
5. Дулов А.В Судебная психология: учебное пособие для студентов юридических институтов и факультетов. - Москва, 2011.
6. Жариков Н. М., Морозов Г. В., Хритинин Д. Ф. Судебная психиатрия: Учебник для вузов. М.: ИНФРА-М — НОРМА, 1997.С. 432.
7. Колоколов Г.Р. Курс лекций по судебной психиатрии, 2008г. -223 с.
8. Судебная психиатрия: Курс лекций. М.: Юристъ, 1998. С. 408.

Интернет-ресурсы по дисциплине

<http://www.consultant.ru> – Правовая система «Консультант Плюс»;

<http://www.constitution.garant.ru> – Правовая система «Гарант»;
<http://rsl.ru> - Российская государственная библиотека;
<http://elibrary.ru> - Научная электронная библиотека;
<http://window.edu.ru> – Электронная библиотека Федерального портала «Российское образование» «Единое окно»;
<http://www.big-library.info> – Большая электронная библиотека
<http://constitutions.ru> - Российский правовой портал
<http://www.juristlib.ru>– Электронная юридическая библиотека «ЮристЛиб»
<http://www.pravo.ru> - ПравоRu
<http://www.jur-portal.ru> - Юридический портал jur-portal.ru //
<http://ur-fak.ru> - Юридический портал //
www.un.org - Организация Объединенных Наций
<http://www.gov.ru>– Официальный сервер органов государственной власти Российской Федерации:

Обеспеченность основной учебной литературой в библиотеке ДГУНХ

№ п/п	автор	Название основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины	Выходные данные по стандарту	Количество экземпляров в библиотеке ДГУНХ
Основная учебная литература				
1	Клименко Т.В.	Судебная психиатрия: учебник	М.: Юрайт», 2012-465 с.	1
2	Козлов В.В., Новикова Е.Е. http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=114935&sr=1	Основы судебно-психиатрической экспертизы: учебное пособие. [Электронный ресурс]	ФЛИНТА; МПСИ, 2012 г-184с.	11000 в соответствии с договором №114-05/14 на оказание услуг по предоставлению доступа к электронным изданиям от 27 мая 2014г.

3	Волков В.Н. http://www.knigafund.ru/books/106763	Судебная психиатрия. Структурно-логические схемы: Учебное пособие для вузов. [Электронный ресурс]	ЮНИТИ-ДАНА 2012 г. -255с.	300 в соответствии с гражданско - правовым договором №01 от 23 сентября 2014г.
4	Георгадзе З.О http://www.knigafund.ru/books/106763	Судебная психиатрия: учебное пособие. [Электронный ресурс]	ЮНИТИ-ДАНА; Закон и право 2012 г. -255с.	300 в соответствии с гражданско - правовым договором №01 от 23 сентября 2014г.

II. Дополнительная литература

А) Дополнительная учебная литература

1	Датий А.В	Судебная медицина и психиатрия.	Москва, РИОР,2009г. -310с.	20
2	Жариков Н.М	Судебная психиатрия. Учебник для вузов.	Москва, 2006г.-560с.	10