

СКОРАЯ ПОМОЩЬ СТУДЕНТУ

СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

КРАТКИЙ КУРС

*Экзамен?! - Не вопрос!
Все ответы здесь!*

УДК 340.63
ББК 56.14я73
Г67

Горшков, Александр Викторович.

Г67 Краткий курс по судебной психиатрии : учеб. пособие / А.В. Горшков, Г.Р. Колоколов. — М. : Издательство «Окей-книга», 2009. — 128 с. — (Скорая помощь студенту. Краткий курс).
ISBN 978-5-9745-0534-8

И. Колоколов, Георгий Рюрикович.

Настоящее издание представляет собой учебное пособие, подготовленное в соответствии с Государственным образовательным стандартом по дисциплине «Судебная психиатрия». Материал изложен кратко, но четко и доступно, что позволит в короткие сроки его изучить, а также успешно подготовиться и сдать экзамен или зачет по данному предмету.

Издание предназначено для студентов высших учебных заведений.

Учебное издание

Редактор *Н.А. Зайченко*
Корректор *Н.Н. Цыркова*
Компьютерная верстка *А.Н. Сорокина*

Подписано в печать 20.10.2008. Формат 70×100/32.
Печать офсетная. Уч.-изд. л. 5,2.
Печ. л. 4,0. Тираж 7000 экз. Заказ Т-1332.

ООО «Издательство «Окей-книга»
123022, Москва, Малый Козихинский пер., д. 12
Тел.: (495) 519-89-13

Отпечатано в полном соответствии с качеством предоставленного электронного оригинал-макета в типографии ОАО ПИК «Идел-Пресс».

ISBN 978-5-9745-0534-8 © ООО «БизнесВолга», 2008
© ООО «Издательство «Окей-книга», 2009

СОДЕРЖАНИЕ

1. Судебная психиатрия: понятие, предмет и содержание. Понятие судебной экспертизы	5
2. Основания для назначения судебно-психиатрической экспертизы	8
3. Правовые принципы назначения судебно-психиатрической экспертизы	10
4. Выбор экспертов. Права и обязанности психиатра-эксперта	12
5. Виды судебно-психиатрических экспертиз	17
6. Понятие вменяемости и невменяемости	19
7. Формула невменяемости, ее медицинский (биологический) и юридический критерии	21
8. Судебно-психиатрическая оценка психических расстройств, возникших после совершения преступления, до и после вынесения приговора	23
9. Экспертиза обвиняемых, способность обвиняемого с психическим расстройством участвовать в судебно-следственных действиях	24
10. Экспертиза лиц с психическими расстройствами, не исключающими вменяемость	26
11. Судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей и потерпевших	27
12. Пенитенциарная психиатрия. Психиатрическое освидетельствование осужденных	31
13. Виды принудительных мер медицинского характера	36
14. Понятия правоспособности, дееспособности и недееспособности	39
15. Виды судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе и вопросы, подлежащие разрешению при производстве экспертизы в гражданском процессе	41
16. Понятие о психическом заболевании. Причины психических болезней	47
17. Течение психических заболеваний	49
18. Концептуальные классификации психических расстройств	52
19. Диагностика психических расстройств	54

20. Понятие о симптомах и синдромах психических заболеваний	59
21. Рецепторные расстройства, нарушения ориентировки, восприятия, памяти	61
22. Расстройства интеллекта и мышления	65
23. Расстройства эмоций	71
24. Расстройства привычек и влечений. Расстройства половой идентификации и сексуального предпочтения	74
25. Расстройства волевой деятельности	77
26. Расстройства сознания	79
27. Психические расстройства вследствие черепно-мозговых травм	82
28. Психические расстройства вследствие инфекционных заболеваний головного мозга	84
29. Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга	87
30. Психические расстройства позднего возраста	93
31. Течение эпилептического припадка. Судебно-психиатрическая оценка сумеречного помрачения сознания при эпилепсии	95
32. Расстройства, вызванные приемом алкоголя	97
33. Наркомания и токсикомания. Судебно-психиатрическая оценка	102
34. Шизофрения: формы и типы течения. Судебно-психиатрическая оценка	104
35. Маниакально-депрессивный психоз. Судебно-психиатрическая оценка	110
36. Происхождение расстройств личности. Классификация психопатий. Судебно-психиатрическая оценка	112
37. Олигофрения: понятие, причины возникновения, формы (степени). Психические расстройства	118
38. Симуляция: понятие и типы	123
39. Судебно-психиатрическое заключение: его оформление, оценка следственными органами и судом	124

1. СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ: ПОНЯТИЕ, ПРЕДМЕТ И СОДЕРЖАНИЕ. ПОНЯТИЕ СУДЕБНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ



Клинические проявления, диагностику, лечение и прогноз психических расстройств изучает специальная медицинская научная дисциплина — *психиатрия* (греч. *psyche* — душа, *iatreia* — лечение). В ее задачи также входят вопросы восстановления, адаптации в жизни больных с нарушениями психики.

Психиатрия подразделяется на две ветви: общую и частную.

Общая психиатрия (психопатология) — это наука, занимающаяся исследованием основных закономерностей патологии психической деятельности человека, общих вопросов этиологии и патогенеза психических заболеваний, принципов классификации и клинических проявлений заболеваний психики, проблем социальной адаптации психически больных.

Частная психиатрия — это наука, которая исследует конкретные виды заболеваний психики.

! *Судебная психиатрия* — это самостоятельный раздел психиатрии, который изучает расстройства психики и их отношение к праву.

Судебная психиатрия оценивает психическое состояние, выявляет психические патологии у участников уголовного или гражданского процесса. Это позволяет следствию и суду разрешать вопросы, касающиеся вменяемости, дее-

способности, правильности показаний, полученных во время допроса, возможности участия субъекта в проведении следственных действий, необходимости применения принудительных мер медицинского характера и др.



Предмет судебной психиатрии — теория и практика научно-практического исследования состояния психического здоровья участников уголовного и гражданского процессов, проводимого по поручению следствия и суда, — судебной психиатрической экспертизы.

Задачи судебной психиатрии:

- установление критериев невменяемости в отношении подозреваемого, обвиняемого при наличии сомнений в их психической полноценности;
- осуществление оценки состояния психического здоровья потерпевших и свидетелей, возможности получения от них правильных показаний;
- установление критериев недееспособности в гражданском процессе;
- установление возможности проведения следственных и судебных действий в отношении участников уголовного и гражданского процессов;
- рекомендации по назначению и выбору принудительных мер медицинского характера в отношении психически больных, совершивших правонарушение;
- выявление психических заболеваний у осужденных;
- разработка и совершенствование критериев экспертной оценки психических заболеваний у участников уголовного и гражданского процессов.



Судебно-психиатрическая экспертиза проводится на основе единых федеральных нормативных актов в соответствии с уголовным и уголовно-процессуальным, гражданским и гражданским процессуальным законодательством РФ. Особое внимание при изучении

положений о судебно-психиатрической экспертизе следует обратиться на Инструкцию об организации производства судебно-психиатрических экспертиз в отделениях судебно-психиатрической экспертизы государственных психиатрических учреждений (утв. приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 30 мая 2005 г. № 370).

! **Судебная экспертиза** — 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, в целях установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу (ст. 9 Федерального закона от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»).

 Лица, обладающие познаниями в различных областях, привлекаемые правоохранительными органами для проведения исследований и дачи заключений, именуются *экспертами*, а само проводимое ими исследование получило название *экспертизы*.

Судебно-психиатрическая экспертиза основывается на положениях судебной психиатрии, которая занимается непосредственным изучением состояния психического здоровья участников уголовного либо гражданского процесса.

Экспертиза производится экспертами — специалистами государственных судебно-экспертных учреждений.

Перед экспертом должны ставиться вопросы, входящие в его компетенцию. Эксперт не имеет права составлять заключение по вопросам, в которых он не имеет специальных знаний.

2. ОСНОВАНИЯ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

1

Выделяют следующие основания для назначения судебно-психиатрической экспертизы.

Сомнения в психической полноценности обвиняемого могут возникать при наличии сведений об имевшемся у подозреваемого, обвиняемого психическом расстройстве, по поводу которого он лечился и наблюдался у психиатров.

В таких случаях следователь должен принять меры к получению медицинской документации об обвиняемом из соответствующего психиатрического учреждения — стационара, психоневрологического диспансера (кабинета) по месту жительства обвиняемого, сведений о состоянии во время посещения этих лечебных учреждений и сведений об оказании помощи и лечении.

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.

Психические расстройства могут обуславливать различные особенности поведения субъекта (необычные высказывания и поступки, сильный беспричинный испуг и др.).

3

Характер криминала, его кажущаяся безмотивность, несоответствие совершенного правонарушения личности обвиняемого, ничем не обусловленная жестокость содеянного. В случаях экспертизы 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 квалификации убийства по п. «д» ч. 2 ст. 105 Уголовного кодекса РФ от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ (УК РФ) надлежит исходить из того, что понятие особой жестокости связывается как со способом убийства, так и с другими обстоятельствами, свидетельствующими о проявлении виновным особой жестокости.

Для признания убийства совершенным с особой жестокостью необходимо установить, что умыслом виновного охватывалось совершение убийства с особой жестокостью. Признак особой жестокости наличествует, в частности, в случаях, когда перед лишением жизни или в процессе совершения убийства к потерпевшему применялись пытки, истязание или совершалось глумление над жертвой либо когда убийство совершено способом, который заведомо для виновного связан с причинением потерпевшему особых страданий (нанесение большого количества телесных повреждений, использование мучительно действующего яда, сожжение заживо, длительное лишение пищи, воды и т.д.).

Особая жестокость может выражаться в совершении убийства в присутствии близких потерпевшему лиц, когда виновный сознавал, что своими действиями причиняет им особые страдания (Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 27 января 1999 г. № 1 «О судебной практике по делам об убийстве (ст. 105 УК РФ)»).

В таких случаях следователь в своем постановлении в качестве основания назначения судебно-психиатрической экспертизы указывает, что она назначается в связи с тяжестью содеянного. Эта формулировка означает, что следствие не располагает данными о наличии у субъекта психического расстройства, но, учитывая особую тяжесть содеянного, можно подозревать наличие такого расстройства.

3. ПРАВОВЫЕ ПРИНЦИПЫ НАЗНАЧЕНИЯ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ



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

Согласно ст. 195 УПК РФ следователь, признав необходимым назначение судебной экспертизы, выносит об этом *постановление*, а в случаях, предусмотренных п. 3 ч. 2 ст. 29 УПК РФ, возбуждает перед судом *ходатайство*, в котором указываются:

- основания назначения судебной экспертизы;
- фамилия, имя и отчество эксперта или наименование экспертного учреждения, в котором должна быть произведена судебная экспертиза;
- вопросы, поставленные перед экспертом;
- 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.

Следователь знакомит с постановлением о назначении судебной экспертизы подозреваемого, обвиняемого, его защитника и разъясняет им права, предусмотренные ст. 198 УПК РФ. Об этом составляется протокол, подписываемый следователем и лицами, которые ознакомлены с постановлением.

Судебная экспертиза в отношении потерпевшего, за исключением случаев, предусмотренных п. 2, 4 и 5 ст. 196

УПК РФ, а также в отношении свидетеля производится с их согласия или согласия их законных представителей, которые даются указанными лицами в письменном виде.



Согласно ст. 196 УПК РФ *назначение судебной экспертизы обязательно для установления:*

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



При назначении *стационарной экспертизы* помещение в психиатрический стационар (стационарное отделение) подозреваемого или обвиняемого, не содержащегося под стражей, допускается только на основании судебного решения.

Сроки пребывания лица, направленного на экспертизу, в психиатрическом стационаре определяются, а продление этих сроков производится в соответствии со ст. 30 Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации». Общий срок пребывания лица, направленного на экспертизу, в психиатрическом стационаре при производстве одной экспертизы не может превышать 90 дней.

В случае необходимости представления дополнительных объектов и материалов для экспертного исследования эксперт (комиссия экспертов) может просить об их предоставлении орган или лицо, назначившее экспертизу. Если ходатайство не удовлетворяется в течение 30 календарных дней, экспертные вопросы решаются в той мере, в какой это позволяют имеющиеся в распоряжении эксперта (комиссии экспертов) объекты и материалы.

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 (п. 3 ст. 199 УПК РФ).

4. ВЫБОР ЭКСПЕРТОВ. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПСИХИАТРА-ЭКСПЕРТА



Судебно-психиатрическая экспертиза, в том числе комплексная психолого-психиатрическая и сексолого-психиатрическая, производимая в отделениях судебно-психиатрической экспертизы государственных психиатрических учреждений, осуществляется в соответствии с правилами производства судебных экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях. Экспертиза производится для органов дознания, предварительного следствия и судов.

Эксперты, работающие в отделении судебно-психиатрической экспертизы, дают заключение от своего имени на основании проведенных ими исследований в соответствии со специальными знаниями.

Руководитель государственного психиатрического учреждения при получении постановления или определения

о назначении экспертизы поручает ее производство конкретному эксперту или комиссии экспертов такого учреждения.

На основании проведенных исследований с учетом их результатов эксперт (комиссия экспертов) составляет *письменное заключение* и подписывает его. Подпись эксперта (комиссии экспертов) удостоверяется печатью государственного психиатрического учреждения, в котором была произведена экспертиза.



Эксперту разъясняются его права и ответственность, предусмотренные ст. 57 УПК РФ. Эксперт вправе возратить без исполнения постановление, если представленных материалов недостаточно для производства судебной экспертизы или если он считает, что не обладает достаточными знаниями для ее производства.

Согласно ст. 57 УПК РФ *эксперт вправе:*

- ☞ знакомиться с материалами уголовного дела, относящимися к предмету судебной экспертизы;
- ☞ ходатайствовать о предоставлении ему дополнительных материалов, необходимых для дачи заключения, либо привлечении к производству судебной экспертизы других экспертов;
- ☞ участвовать с разрешения дознавателя, следователя, прокурора и суда в процессуальных действиях и задавать вопросы, относящиеся к предмету судебной экспертизы;
- ☞ 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;
- ☞ приносить жалобы на действия (бездействие) и решения дознавателя, следователя, прокурора и суда, ограничивающие его права;

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



3 Эксперт не вправе:

- ✎ без ведома следователя и суда вести переговоры с участниками уголовного судопроизводства по вопросам, связанным с производством судебной экспертизы;
- ✎ самостоятельно собирать материалы для экспертного исследования;
- ✎ проводить без разрешения дознавателя, следователя, суда исследования, могущие повлечь полное или частичное уничтожение объектов либо изменение их внешнего вида или основных свойств;
- ✎ давать заведомо ложное заключение;
- ✎ 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 Уголовно-процессуального кодекса РФ от 18 декабря 2001 г. № 174-ФЗ (УПК РФ) (ст. 57 УПК РФ).



Права и обязанности эксперта также содержатся в ст. 16 и 17 Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации».

Согласно ст. 16 Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» эксперт обязан:

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

- ✎ провести полное исследование представленных ему объектов и материалов дела, дать обоснованное и объективное заключение по поставленным перед ним вопросам;
- ✎ 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;
- ✎ не разглашать сведения, которые стали ему известны в связи с производством судебной экспертизы, в том числе те, которые могут ограничить конституционные права граждан, а также составляющие государственную, коммерческую или иную охраняемую законом тайну;
- ✎ обеспечить сохранность представленных объектов исследований и материалов дела.

Эксперт также исполняет обязанности, предусмотренные соответствующим процессуальным законодательством.

Эксперт не вправе:

- ✎ принимать поручения о производстве судебной экспертизы непосредственно от каких-либо органов или лиц, за исключением руководителя государственного судебно-экспертного учреждения;
- ✎ осуществлять судебно-экспертную деятельность в качестве негосударственного эксперта;
- ✎ вступать в личные контакты с участниками процесса, если это ставит под сомнение его незаинтересованность в исходе дела;

- ✎ самостоятельно собирать материалы для производства судебной экспертизы;
- ✎ сообщать кому-либо о результатах судебной экспертизы, за исключением органа или лица, ее назначивших;
- ✎ уничтожать объекты исследований либо существенно изменять их свойства без разрешения органа или лица, назначивших судебную экспертизу.

Согласно ст. 17 Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» *эксперт вправе:*

- ✎ 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;
- ✎ делать подлежащие занесению в протокол следственного действия или судебного заседания заявления по поводу неправильного истолкования участниками процесса его заключения или показаний;
- ✎ 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 — по ст. 307 УК РФ;
- ☑ за разглашение данных предварительного расследования — по ст. 310 УК РФ.

5. ВИДЫ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ



Судебно-психиатрическая экспертиза относится к комиссионным видам экспертиз. В ее производстве принимают участие не менее двух экспертов. Производство комиссионной экспертизы регламентируется ст. 200 УПК РФ.

Все члены комиссии подписывают заключение или акт судебно-психиатрической экспертизы и несут за него равную ответственность. Когда члены комиссии имеют свое особое мнение, оно излагается в отдельном заключении и прилагается к заключению комиссии.

Различают следующие *виды* судебно-психиатрической экспертизы:

- экспертиза в кабинете следователя;
- амбулаторная экспертиза;
- стационарная экспертиза;
- экспертиза в судебном заседании;
- заочная, в том числе посмертная, экспертиза.



Экспертиза в кабинете следователя — это вид экспертизы, который на практике используется редко. Проводится однократное обследование субъекта врачом-психиатром. При таком обследовании решаются вопросы:

- о наличии или отсутствии психического нарушения;
- о необходимости назначения амбулаторной или стационарной судебно-психиатрической экспертизы.

Амбулаторная экспертиза проводится в психиатрических стационарах, диспансерах или в помещении медицинской службы следственных изоляторов. Такая экспертиза назначается в отношении подозреваемых, обвиняемых:

- совершивших правонарушение в состоянии алкогольного или наркотического опьянения;
- в случаях временных расстройств психической деятельности;

- ✓ при пограничных психических расстройствах (последствиях черепно-мозговых травм, инфекций, психопатии и др.);
- ✓ при выраженных психических нарушениях.

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:

- ✓ для установления начальных этапов и стертых форм психических заболеваний;
- ✓ пограничных состояний;
- ✓ проведения специальных лабораторных исследований;
- ✓ установления симуляции и диссимуляции психических расстройств;
- ✓ при проведении повторных экспертиз.



Экспертиза в судебном заседании назначается:

- ✓ обвиняемым, в отношении которых ранее судебная психиатрическая экспертиза не назначалась, но в процессе судебного разбирательства возникли сомнения в их психическом состоянии. В отношении таких лиц решается вопрос о необходимости назначения амбулаторной или стационарной экспертизы;
- ✓ обвиняемым, в отношении которых в стадии предварительного следствия назначалась судебно-психиатрическая экспертиза. В таких случаях эксперты вызываются в суд для разъяснения тех или иных положений экспертного заключения при наличии сомнений суда в правильности экспертного заключения, при изменении психического статуса, поведения обвиняемого и др.;
- ✓ при выборе мер медицинского характера в отношении невменяемых.



Заочная экспертиза проводится по материалам дела в тех случаях, когда непосредственное обследование обвиняемого невозможно, а также после смерти субъекта, когда необходимо выяснить его психическое состояние в тот или иной период его жизни.

Посмертная экспертиза чаще всего используется в гражданском процессе. В таких случаях экспертиза решает вопрос о наличии психического расстройства субъекта во время составления им дарственного акта или завещания.

6. ПОНЯТИЕ ВМЕНЯЕМОСТИ И НЕВМЕНЯЕМОСТИ



В соответствии со сформулированным в УК РФ *принципом вины* (ст. 5 УК РФ) лицо подлежит уголовной ответственности только за совершение тех общественно опасных действий и их вредные последствия, в отношении которых установлена его личная вина.

Субъектом преступления может быть только *вменяемое лицо*.

Если рассматривать понятие «вменяемость» в широком смысле, то его можно определить как способность человека нести ответственность за свои действия перед законом.



Уголовной ответственности не подлежит 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 или иного болезненного состояния психики (ч. 1 ст. 21 УК РФ).

Для признания субъекта невменяемым требуется установить, что в момент совершения им правонарушения он не мог осознавать, понимать социальную значимость, об-

ущественную опасность своих действий, поступков, не мог оценить их фактический характер, не мог своими действиями руководить вследствие наличия у него на тот момент психического расстройства.



Вопрос о вменяемости или невменяемости всегда решается в отношении конкретного правонарушения, поскольку психическое состояние субъекта не остается постоянным. При острых психических расстройствах, как правило, наступает выздоровление, при хронических может наступить период ремиссии (улучшения состояния). При некоторых заболеваниях субъект может осознавать фактический характер и общественную опасность одних своих действий и не осознавать общественной опасности других.

Правонарушения, совершенные психически больными, не осознававшими фактический характер своих действий и их общественную опасность, не являются наказуемыми. Применение наказания к таким лицам было бы негуманным, несправедливым и бессмысленным, поскольку их деяние было невиновным, обусловленным психическим расстройством.

К лицам, совершившим общественно опасные деяния в состоянии невменяемости, по назначению суда могут быть применены *принудительные меры медицинского характера* в случаях, когда психические расстройства связаны с возможностью причинения этими лицами иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других. Это особые меры, которые не являются наказанием, а имеют целью излечение указанных лиц или улучшение их психического состояния, а также предупреждение совершения ими новых деяний, предусмотренных статьями Особенной части УК РФ. Их виды, основания и порядок применения регулируются уголовно-исполнительным законодательством.

7. ФОРМУЛА НЕВМЕНЯЕМОСТИ, ЕЕ МЕДИЦИНСКИЙ (БИОЛОГИЧЕСКИЙ) И ЮРИДИЧЕСКИЙ КРИТЕРИИ

1

При раскрытии понятия невменяемости используются два критерия: юридический (психологический) и медицинский (биологический).

Юридический (психологический) критерий невменяемости содержится в ст. 21 УК РФ, в которой определяются состояния, препятствующие вменять в вину правонарушение.

Юридический (психологический) критерий ст. 21 УК РФ формулируется следующим образом: «Лицо не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими». Рассматриваемый критерий состоит из двух компонентов: интеллектуального — нарушения возможности осознавать характер и общественную опасность своих действий, и волевого — нарушение возможности руководить ими.

2

Интеллектуальный компонент предусматривает, что лицо, совершившее то или иное действие (или бездействие), не понимало фактического характера и общественной опасности своих действий, поступков.

Неспособность осознавать свои действия (интеллектуальный компонент) всегда определяет невозможность руководства своими действиями.

Волевой компонент юридического критерия невменяемости заключается в отсутствии способности лица руководить своими действиями. Этот компонент имеет самостоятельное значение при определении невменяемости, поскольку имеет большое значение и при отсутствии интеллектуального компонента. При этом субъект сохраняет способность формальной оценки происходящего, но не может своими действиями руководить, не может управлять собой. В таких случаях психологический критерий невме-

няемости устанавливается только на основании волевого компонента.



Медицинский критерий невменяемости в ст. 21 УК РФ представляет собой обобщенный перечень психических расстройств, включающих четыре их

вида:

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

Этими категориями охватываются все известные науке болезненные расстройства психики. О медицинском критерии говорят при наличии одного из указанных видов расстройств.

Под *хроническим психическим расстройством* понимают длительно протекающее заболевание, которое может прогрессировать, иметь относительно стационарное либо приступообразное течение. Такие заболевания наблюдаются у больного в течение нескольких лет или даже в течение всей жизни. К ним относят шизофрению, маниакально-депрессивный психоз, эпилепсию и др.

Временные психические расстройства, как правило, возникают остро, протекают короткое время и заканчиваются выздоровлением. К таким заболеваниям относят нейроинфекции, реактивные психозы, алкогольные психозы и др.

Слабоумие представляет собой стойкое малообратимое снижение интеллектуальной деятельности врожденного или приобретенного генеза. Врожденное слабоумие по степени выраженности проявлений подразделяется на три формы: дебильность, имбецильность, идиотия. Приобретенное слабоумие (деменция) возникает от черепно-мозговых травм, опухолей, сосудистых поражений мозга и других причин.

Под *иным болезненным состоянием психики* понимают психическое расстройство, не входящее в первые три

группы. В эту группу можно отнести психопатии, последствия черепно-мозговых травм и другие расстройства.

Степень психических нарушений при указанных формах патологии, которую может установить только эксперт-психиатр, имеет первостепенное значение при установлении невменяемости, поскольку именно она определяет интеллектуальный критерий невменяемости.

8. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ВОЗНИКШИХ ПОСЛЕ СОВЕРШЕНИЯ ПРЕСТУПЛЕНИЯ, ДО И ПОСЛЕ ВЫНЕСЕНИЯ ПРИГОВОРА

 Иногда психические расстройства возникают уже после совершенного правонарушения. Они также могут возникнуть до или после вынесения приговора. В подобных случаях осуществляется освобождение от наказания в связи с болезнью. Часть 1 ст. 81 УК РФ закрепляет правило о том, что лицо, у которого после совершения преступления наступило психическое расстройство, лишаящее его возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, освобождается от наказания; лицо, отбывающее наказание, освобождается от дальнейшего его отбывания. Таким лицам суд может назначить принудительные меры медицинского характера.

 В ч. 1 ст. 81 УК РФ также содержатся *медицинский и юридический критерии*. Однако по своему содержанию они не идентичны критериям, указанным в ст. 21 УК РФ, определяющей формулу невменяемости.

Медицинский критерий ч. 1 ст. 81 УК РФ представлен одним признаком — психическое расстройство, который включает все формы психической патологии.

Юридический критерий по аналогии со ст. 21 УК РФ определен как возможность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Однако при применении данной статьи речь идет не о вменяемости, поскольку лицо, заболевшее психическим заболеванием после совершения правонарушения, согласно ст. 21 УК РФ должно быть признано вменяемым, а о так называемой процессуальной дееспособности — способности обвиняемого по своему психическому состоянию участвовать в судебно-следственных действиях и осуществлять самостоятельно свое право на защиту.



В соответствии с ч. 4 ст. 81 УК РФ лица, указанные в ч. 1 и 2 ст. 81 УК РФ, в случае их выздоровления могут подлежать уголовной ответственности и наказанию, если не истекли сроки давности, предусмотренные ст. 78 и 83 УК РФ.

Следует отметить, что при временных психических расстройствах больные после курса лечения вновь принимают участие в судебно-следственных действиях, а при хронических заболеваниях они утрачивают подобную способность. К этим лицам применяются положения ч. 2 ст. 81 УК РФ, согласно которым лицо, заболевшее после совершения преступления иной тяжелой болезнью, препятствующей отбыванию наказания, может быть освобождено судом от отбывания наказания.

9. ЭКСПЕРТИЗА ОБВИНЯЕМЫХ, СПОСОБНОСТЬ ОБВИНЯЕМОГО С ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ УЧАСТВОВАТЬ В СУДЕБНО-СЛЕДСТВЕННЫХ ДЕЙСТВИЯХ



Судебно-психиатрическая экспертиза обвиняемых разрешает следующие основные вопросы.

- ☑ Присутствует ли у исследуемого субъекта в данный момент времени какое-то заболевание психики? Если он болен, то каким заболеванием?
- ☑ Был ли болен этот субъект в момент совершения общественно опасного деяния?
- ☑ Мог ли обвиняемый осознавать характер осуществляемых им действий и руководить ими, если учесть, что на момент совершения правонарушения он страдал заболеванием психики?
- ☑ Не страдает ли обвиняемый психическим заболеванием, которое возникло у него после совершения общественно опасного деяния; если страдает, то может ли он при наличии этого заболевания осознавать характер осуществленных действий и руководить ими?
- ☑ Если обвиняемый страдает психическим заболеванием, то нуждается ли он в применении к нему мер медицинского характера и каких именно?

2

На разрешение эксперта не должны ставиться вопросы, выходящие за пределы его компетенции. К таким вопросам относятся вопросы общетеоретического, психологического характера (уровень психического развития, особое психологическое состояние, особенности личности испытуемого), вопросы, касающиеся истинности, правдивости конкретных показаний субъекта.

В случаях применения ст. 81 УК РФ врачебной комиссии надлежит оценить психическое состояние подэкспертного, определить, в какой мере лицо осознает фактический характер и общественную опасность своих действий, может ли руководить ими, а также возможность его участия в следственно-судебных действиях, осуществления своего права на защиту.

10. ЭКСПЕРТИЗА ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, НЕ ИСКЛЮЧАЮЩИМИ ВМЕНЯЕМОСТЬ

1

Обширную группу подэкспертных составляют лица с пограничными расстройствами психической деятельности (сосудистыми поражениями мозга, слабоумием, последствиями черепно-мозговых травм, эпилепсией, психопатией и др.). Однако следует помнить, что пограничный характер расстройств психики не исключает у подэкспертных возможности осознавать характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Вследствие этого такие субъекты признаются вменяемыми. При этом указанные формы патологии влияют на их личностные особенности, обуславливая своеобразие реагирования в конкретных ситуациях, особенности мотиваций, эмоциональных реакций, степени волевого контроля своих действий.

2

Экспертная оценка таких обвиняемых предусмотрена ст. 22 УК РФ.

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 (ч. 1 ст. 22 УК РФ).

Психическое расстройство, не исключающее вменяемости, учитывается судом при назначении наказания и может служить основанием для назначения принудительных мер медицинского характера (ч. 2 ст. 22 УК РФ).

Лица с пограничными расстройствами, не исключающими вменяемость, признаются вменяемыми. В отношении таких лиц предусматривается уголовное наказание.

При назначении наказания суд учитывает наличие указанных расстройств у обвиняемого и при необходимости может назначить медицинские меры принудительного характера.



Таким образом, в российском законодательстве отсутствует подразделение понятия вменяемости на различные степени (субъект вменяем, невменяем, ограниченно вменяем), как это наблюдается в законодательстве европейских стран. Предусмотрены лишь два возможных состояния: вменяемость и невменяемость субъекта.

В соответствии с положениями ст. 21 и 22 УК РФ судебно-психиатрическая экспертиза призвана разрешить основные вопросы, касающиеся обвиняемого: имеется ли заболевание психики, может ли субъект осознавать общественную опасность своих действий и т.д.

11. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА СВИДЕТЕЛЕЙ И ПОТЕРПЕВШИХ



Информация, полученная от потерпевших и свидетелей при проведении предварительного следствия и судебного разбирательства, относится к наиболее важной. В соответствии с действующим законодательством граждане Российской Федерации обязаны давать правдивые свидетельские показания.

Свидетельские показания должны быть даны людьми без психических отклонений. В противном случае возможно искажение свидетелем действительности по причине эмоционально-психического состояния личности. Человек, дающий показания, должен в полной мере осознавать всю ответственность происходящего и иметь возможность управлять своими действиями. На основании законодательства РФ потерпевшие имеют большие права по отстаиванию сво-

их интересов. Согласно действующему законодательству РФ потерпевшие *имеют право*:

- ✎ на участие в изучении доказательств;
- ✎ заявление ходатайств и отводов;
- ✎ открытое выражение своего отношения к ходу следования;
- ✎ вопросы к должностным лицам и т.д.

2

Потерпевшие имеют и *обязанности*:

- ✎ сообщать полные и достоверные сведения обо всем, что им стало известно;
- ✎ принимать участие в очных ставках, проведении следственных экспериментов, опознании личностей;
- ✎ при необходимости проходить процедуру освидетельствования и др.

Изначально подразумеваются нормальное психическое здоровье свидетеля и его адекватное поведение. Но бывают определенные причины нарушения нормального поведения личности. Для определения наличия либо отсутствия отклонений в психическом состоянии человека назначается и проводится *судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей (потерпевших)*, проходящих по делу. Цель проведения судебно-психиатрической экспертизы — не установление достоверности и полноты показаний, а определение уровня психического состояния личности, принимающей участие в следственном и судебном процессе. Иначе говоря, определяется *процессуальная дееспособность*.

3

Показателями процессуальной дееспособности считают возраст, физическое здоровье и психическое состояние участников процесса. В соответствии с указанными показателями лицо может быть признано недееспособным, полностью дееспособным либо ограниченно дееспособным. По возрасту *недееспособными* признаются граждане, не достигшие 14-летнего воз-

раста, *ограниченно дееспособными* — лица в возрасте 14—17 лет, *дееспособными* в полном объеме — граждане 18 лет и старше. Возрастной период дееспособности установлен исходя из среднестатистических медицинских показателей развития и формирования личности. Однако определение уровня зрелости психики потерпевшего несовершеннолетнего человека находится в компетенции специалиста-эксперта. Если необходимо, проводится комплексная судебно-психиатрическая экспертиза.

Как потерпевший, так и свидетель может иметь ту или иную форму психического заболевания. В большинстве случаев судебно-психиатрическая экспертиза проводится лицам, которые страдают врожденными либо приобретенными заболеваниями головного мозга. Список таких заболеваний включает органические поражения, олигофрению (умственную незрелость), психические травмы, черепно-мозговые травмы и т.д. Особо важно проведение судебно-психиатрической экспертизы лиц с отклонениями в психическом состоянии и выступающих единственными свидетелями по уголовному делу.

Заключение судебно-психиатрической экспертизы должно содержать ответы на поставленные перед ней вопросы, в частности, имеет ли свидетель возможность объективно воспринимать происшедшие обстоятельства и давать точные показания следственным и судебным органам.

 4. Основа судебно-психиатрической экспертизы должна заключаться в оценке клинических проявлений нарушений состояний психики гражданина и отвечать на следующие наиболее распространенные вопросы.

- Имеется ли у свидетеля (потерпевшего) заболевание психического характера?
- Имеется ли особенность личности потерпевшего, которая способна была определить его поведение в произошедшей ситуации?

- ☑ Способен ли потерпевший в момент совершения преступления осознавать значимость и характер совершаемых против него деяний?
- ☑ Имеется ли у свидетеля (потерпевшего) склонность к искажению действительности и фантазированию?
- ☑ Позволяет ли психическое состояние свидетеля (потерпевшего) принимать участие в судебных и следственных мероприятиях и давать правдивые и адекватные случившимся событиям показания?

5

Потерпевшие требуют более детального изучения психики, особенно те, которые отстают в умственном развитии. Здесь важно выявить степень адекватности восприятия такими лицами окружающей действительности и, соответственно, определить способность осознания потерпевшими противоправных действий, совершенных в их отношении.

6

Особенности заключения судебно-психиатрической экспертизы для потерпевших, получивших в результате преступления травмы головы, характеризуются медицинскими факторами развития и проявления таких заболеваний. У больных с черепно-мозговой травмой ярко выражены нарушения психического состояния, как правило, в период сразу после ее получения. Впоследствии у данных больных наблюдается улучшение общего и психического состояния. Возможность дачи показаний такими лицами определяется исходя из степени расстройства сознания.

7

В случае необходимости определения у таких граждан степени тяжести телесных повреждений, полученных ими в результате противоправных деяний, назначается проведение не только судебно-психиатрической, но также судебно-медицинской экспертизы, которая определяет наличие и уровень нанесенного вреда физическому здоровью человека. На основе результатов судебно-медицинской экспертизы можно характеризовать степень

психогенных расстройств потерпевшего как проявление на оказанный ему материальный и моральный вред.

Возможны проявления расстройств психогенного характера в период следственных и судебных процедур, что может помешать дальнейшему участию такого гражданина в судебных или следственных мероприятиях. При проведении судебно-психиатрической экспертизы необходимо определить состояние потерпевшего в момент совершения против него противоправных действий и его возможность оказывать сопротивление. В дальнейшем на основе данного заключения судом может быть вынесено определение беспомощности состояния потерпевшего.

12. ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ ПСИХИАТРИЯ. ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ ОСУЖДЕННЫХ



Пенитенциарная психиатрия — это составляющая дисциплина судебной психиатрии. Предмет деятельности пенитенциарной психиатрии — психиатрическая помощь гражданам, лишенным свободы. К такой категории граждан относятся *лица*:

- ✎ осужденные приговором суда к лишению свободы;
- ✎ лишенные свободы по причине нахождения в следственных изоляторах;
- ✎ задержанные и заключенные под стражу в изоляторах временного содержания.

В наибольшей степени пенитенциарная психиатрия предназначена для лиц, лишенных свободы по приговору суда и находящихся в местах отбывания наказания. Лица, к которым применено наказание, имеют возможность получения медицинской и психиатрической помощи в учреждениях здравоохранения общего пользования в случаях, если форма наказания не лишает гражданина свободы.

Порядок организации и функционирования пенитенциарной психиатрии определяется действующим уголовно-исполнительным законодательством РФ.

Цель психиатрического освидетельствования осужденных — своевременное выявление у них симптомов расстройства психики. В соответствии с действующим законодательством РФ лицо, получившее после совершения преступления расстройство психического характера, которое лишает его возможности осознания характера и опасности своих действий либо бездействия, освобождается от наказания.



Оказание пенитенциарной медико-профилактической помощи гражданам, лишенным свободы, подразделяется на амбулаторную и стационарную помощь.

Амбулаторная психиатрическая помощь оказывается специалистом (психиатром), должность которого предусматривается штатным расписанием медицинского подразделения учреждения исполнения наказаний. В состав медицинской части включается стационар с определенным количеством койко-мест, что является начальным звеном оказания *стационарной психиатрической помощи* заключенным. Более полно стационарная помощь осужденным оказывается в специализированных лечебных учреждениях — отделениях при больничных учреждениях общего профиля и психиатрических больницах.

В совокупности названные учреждения представляют собой систему стационарной помощи пенитенциарной психиатрии. К учреждениям пенитенциарной психиатрии не относятся учреждения здравоохранения, в которых применяются меры принудительного медицинского характера. Вместе с тем специалисты, работающие в общей системе здравоохранения и оказывающие лечебную психиатрическую помощь населению, на основании заключенного договора (соглашения) также могут быть привлечены к оказа-

нию пенитенциарной помощи осужденным. Договоры заключаются по взаимному согласию между представителями органов здравоохранения (врачами-специалистами) и органов исполнения наказаний.



Пенитенциарная психиатрия тесно связана с медицинской сферой деятельности. Цель оказания пенитенциарной помощи, как и любой области медицины, — сохранение или восстановление психического здоровья человека. В случае невозможности полного излечения от недуга функции врачей сводятся к установлению максимально стойкого и удовлетворительного состояния больного. Нормальная деятельность специалиста пенитенциарной психиатрии невозможна без установления доверительных отношений между психиатром и пациентом, сохранения врачом тайны заболевания, уважения специалистом прав пациента.

Специалист пенитенциарной психиатрии при выполнении своих функциональных обязанностей должен *придерживаться правил общей деонтологии и дополнительно соблюдать Кодекс профессиональной этики психиатра*. При выполнении своих трудовых функций специалист пенитенциарной психиатрии должен объективно и непредвзято подходить к решению поставленных перед ним служебных задач. Запрещено какое бы то ни было использование служебного положения, медицинских знаний и средств, кроме как в лечебно-профилактических (диагностических) целях. В частности, наложен категорический запрет на применение лекарственных и иных медицинских средств с целью наказания лица, лишённого свободы. Для вновь прибывшего в исправительное учреждение гражданина пенитенциарная психиатрия может оказать существенную помощь в адаптации к непривычным и суровым новым условиям жизни.

Другая, не менее важная задача пенитенциарной психиатрии — это *снижение рецидива преступлений* у лиц, проходящих (проходивших) специализированное лечение. Иными словами, данный вид судебной психиатрии используется как средство предупреждения и снижения повторной преступности у осужденных лиц.



Наличие либо отсутствие психического расстройства осужденных и находящихся в местах лишения свободы устанавливается при помощи психиатрического освидетельствования. Система психиатрического освидетельствования включает два этапа. На первом этапе освидетельствование проводится комиссией психиатрического отделения в учреждениях лишения свободы. Итоги работы данной комиссии оформляются актом психиатрического освидетельствования осужденного. На втором этапе все собранные материалы на обследуемых передаются специально созданной медицинской комиссии, входящей в состав Министерства внутренних дел РФ (далее — МВД России).

В состав комиссии включаются врачи-специалисты различного профиля. На заседании такой комиссии принимается окончательное решение о психическом расстройстве осужденного.

Работа комиссии по освидетельствованию осужденных не относится к общепринятому (процессуальному) виду судебно-психиатрической экспертизы, так как проводится не на этапе действия уголовно-процессуального законодательства, а в период, регулируемый уголовно-исполнительным законодательством РФ.



При возникновении ситуации, когда специалистами пенитенциарной системы не было дано окончательного заключения о степени психического расстройства осужденного, по ходатайству начальника учреждения исполнения наказаний психиатрическое освидетельствова-

ние лишено свободы может быть проведено на базе экспертных отделений судебно-психиатрических учреждений для лиц, заключенных под стражу. На период прохождения освидетельствования осужденный помещается в данное заведение.



По итогам работы специалистов-экспертов оформляется *акт психиатрического освидетельствования осужденного* в соответствии с Перечнем заболеваний, служащих основанием для освобождения осужденных от отбывания наказания. В акте указывается тип психического расстройства с конкретным указанием клинических проявлений. Если у осужденного определено заболевание, которое предусмотрено указанным перечнем, то начальник учреждения исполнения наказаний, в котором содержится заключенный, направляет материалы в суд по местонахождению исправительного учреждения на освобождение осужденного. Суд рассматривает акт психиатрического заключения, а также личное дело осужденного и иные материалы дела. На заседании суда обязан присутствовать специалист-психиатр, участвовавший в двухступенчатой системе освидетельствования осужденного.

Возможен один из следующих вариантов решения суда:

- ☛ осужденный освобождается от наказания и дальнейшего пребывания в исправительном учреждении. Больному назначаются в принудительном порядке меры медицинского характера. Порядок их применения аналогичен порядку назначения принудительных медицинских мер лицам, заболевшим психическим заболеванием после совершения преступных деяний и до решения суда;
- ☛ то же, что и предыдущий пункт, только без применения к больному мер принудительного медицинского характера. В данном случае судом, вынесшим решение, направляется копия постановления в

территориальный орган здравоохранения для дальнейшего попечения медицинскими специалистами больного на общих основаниях;

- ☞ отклонение представления об освобождении лица, находящегося в исправительном учреждении, от наказания. В этом случае необходима аргументация суда по принимаемому решению.

13. ВИДЫ ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА



На основании уголовного права граждане, находившиеся в момент преступления в состоянии невменяемости на фоне имеющегося у них психического заболевания, не могут быть признаны преступниками. Такие лица освобождаются от наказания за свои противоправные действия, однако к ним на основании решения суда, как правило, применяются медицинские меры.

В соответствии с действующим законодательством РФ меры медицинского характера подразделяются на непринудительные и принудительные. Меры медицинского характера имеют цель не наказать гражданина, а оградить окружающих от такого лица и само лицо от возможности совершения подобных противоправных поступков. Применение мер медицинского характера возможно только в отношении лиц, страдающих патологическими расстройствами психики и совершившими какое-либо уголовное преступление.



Принудительные меры в соответствии с уголовным законодательством назначаются судами лицам, совершившим:

- ☞ в состоянии невменяемости опасные деяния, ответственность за которые предусмотрена уголовным законодательством РФ;

☞ преступления и нуждающимся в лечении психического заболевания, а также страдающим наркоманией и алкоголизмом;

☞ опасные деяния и имеющим заболевание психического характера, не исключающее состояние вменяемости.

! **Общественно опасные деяния** — это действия либо бездействие гражданина, ответственность за которые предусмотрена уголовным законодательством РФ.

К таким относятся: убийство, разбой, кража, изнасилование, грабеж и т.д.

Не могут быть назначены принудительные меры медицинского характера лицам, вина которых не доказана. Таким гражданам лечебно-профилактические мероприятия проводятся в соответствии с нормативными актами о психиатрической помощи. Общественная опасность может возникнуть вследствие патологических расстройств психики, маниакальных влечений и т.д. Гражданам, которые не представляют угрозы для окружающих, психиатрическая помощь оказывается на общих основаниях и в порядке, установленном законодательством РФ в области медицины.

Постановление о назначении лицу принудительных мер медицинского характера принимается по итогам работы судебного заседания, в котором обязательно принимают участие представитель обвинения и представитель защиты.



Виды принудительных мер медицинского характера:

- ☑ стационарное лечение в медицинском учреждении с психиатрическим профилем деятельности общего типа (с функциями охраны общего для медицинских учреждений типа);

- ☑ стационарное лечение в медицинском учреждении психиатрического профиля специализированного типа (с функциями дополнительной внешней охраны учреждения сотрудниками МВД России);
- ☑ стационарное лечение с интенсивным наблюдением в медицинском учреждении психиатрического профиля специализированного типа (с функциями дополнительной внешней и внутренней охраны учреждения сотрудниками МВД России);
- ☑ амбулаторное лечение и диагностическое наблюдение у врача-психиатра.

Выбор вида принудительных мер основывается на степени общественной опасности больного. Такая степень определяется специалистом-экспертом на основании данных анамнеза человека. Внимательно изучается психическое поведение гражданина до совершения, в момент и после совершения им противоправного деяния, а также подробно рассматривается сам механизм совершения преступления. Определяется степень вероятности повторного совершения преступления.

Лечение больного *в учреждении общего типа* проводится лицу, которому не требуется интенсивного наблюдения. Лечение *в учреждении специализированного типа* назначается гражданину, требующему постоянного контроля. Принудительное лечение *в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением* может быть назначено лицу, которое по своему психическому состоянию представляет особую опасность для себя или других лиц и требует постоянного и интенсивного наблюдения (ч. 4 ст. 101 УК РФ).



Все граждане, находящиеся в психиатрических учреждениях независимо от их типа, имеют *права пациентов*, установленные нормативными правовыми актами о психиатрической помощи. Такие лица признают-

ся нетрудоспособными (с установлением I—II групп инвалидности), получают больничный лист, подлежащий оплате, пособие государственного социального страхования, пенсию. Срок принудительного нахождения в лечебном учреждении зависит от эффективности лечения. Прекращение или изменение назначения принудительных мер возможны только по решению суда на основании представления руководства лечебного учреждения и заключения врачей-психиатров. Для этой цели больные один раз в полгода (или чаще) проходят переосвидетельствование. При возобновлении наказания в виде лишения свободы лицу, проходившему принудительное лечение, срок пребывания в психиатрическом учреждении засчитывается в общий срок исполнения наказания.

К не принудительным мерам медицинского характера относят:

- ☑ нахождение граждан на лечении на общих основаниях в психиатрическом лечебном учреждении;
- ☑ нахождение граждан на попечении у родственников (опекунов, попечителей).

Назначаются такие меры также по решению суда, но контроль за его выполнением передается территориальным органам здравоохранения.

14. ПОНЯТИЯ ПРАВОСПОСОБНОСТИ, ДЕЕСПОСОБНОСТИ И НЕДЕЕСПОСОБНОСТИ

 Понятия правоспособности, дееспособности и недееспособности применяются, как правило, к гражданскому процессу. Для участия в процессе следственным и судебным органам необходимо определить способность гражданина нести ответственность за достоверность предоставленной им информации. С этой целью проводится анализ дееспособности и правоспособности гражданина.

! **Правоспособность** — способность гражданина иметь права и обязанности в соответствии с действующим законодательством.

Начало правоспособности определяется рождением человека и заканчивается его смертью (ст. 17 ГК РФ).

! **Дееспособность** — способность лица приобретать (осуществлять) права, исполнять гражданские обязанности и отвечать по ним.

2 В полном объеме дееспособность наступает с исполнением гражданину 18 лет. Дееспособность связана со способностью человека понимать значение своих поступков, руководить своими действиями, предвидя возможные последствия содеянного.

! В силу заболевания лицо, страдающее психическими расстройствами, в судебном порядке может быть признано **недееспособным**.

3 В законодательстве РФ сформулированы *два основных критерия недееспособности*:

- 1) медицинский — наличие психического заболевания;
- 2) юридический — невозможность гражданина понимать значение совершаемых им поступков.

Недееспособному лицу назначается *опекун*, который принимает решения и совершает сделки от его имени. Наличие психического заболевания само по себе не означает автоматическую недееспособность человека. Здесь важно определить степень заболевания и его клиническое проявление с учетом как медицинских, так и юридических критериев оценки.

Недееспособность и невменяемость во многом схожи, однако необходимо уметь различать данные понятия. Не всякое недееспособное лицо является невменяемым, как и не всякое невменяемое — недееспособным. Например, су-

ществуют различия по медицинским показателям. При не-
вменяемости имеют место психическое расстройство хро-
нической формы, временное расстройство психики чело-
века, проявление слабоумия и другие болезненные формы
состояния психики. При недееспособности используют
обобщенное понятие психического расстройства. Недее-
способность аналогична невменяемости лишь при прояв-
лении хронической формы психического расстройства,
которое характеризуется неблагоприятным течением за-
болевания и прогнозом выздоровления. При временном
(реактивном) расстройстве психики человека, возникшем
при совершении противоправного деяния, исключается
способность гражданина осознавать опасность и харак-
тер своих поступков (категория вменяемости). В то же
время указанные выше обстоятельства не исключают спо-
собности человека осознавать значение своих действий
либо руководить ими (категория дееспособности).

15. ВИДЫ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ И ВОПРОСЫ, ПОДЛЕЖАЩИЕ РАЗРЕШЕНИЮ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ ЭКСПЕРТИЗЫ В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ



Основной особенностью проведения судебно-пси-
хиатрической экспертизы в делах гражданского су-
допроизводства считается *необходимость диффе-
ренцированного изучения возможности человеком
осознавать значение своих поступков* и осуществлять
руководство ими с учетом временных особенностей. При-
менительно к конкретной отрасли права судебно-психиат-
рическая экспертиза должна дать ответ на вопрос о психи-
ческом состоянии гражданина в прошлом, настоящем либо
дать прогноз на будущее. Необходимо учитывать не толь-
ко клинические показатели заболевания, но также и пси-

хологические проявления (эмоциональность, возможность адаптации, мотивационные составляющие поведения, логичность и последовательность предъявления исковых требований). Решающее же значение при вынесении итогового заключения судебно-психиатрической экспертизы имеет правильность определения нозологической формы психического заболевания, хода и прогноза его течения.



Для гражданского процесса установлены следующие *виды* судебно-психиатрической экспертизы:

- ☞ стационарная судебно-психиатрическая экспертиза;
- ☞ амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза;
- ☞ судебно-психиатрическая экспертиза в суде;
- ☞ заочная судебно-психиатрическая экспертиза (как правило, посмертная) — данный вид экспертизы проводится при невозможности гражданина явиться на экспертизу.

Заочная экспертиза, как правило, — это предварительный этап, и при необходимости назначается личное участие обследуемого лица.

В порядке исключения при тяжелых формах физического состояния гражданина его можно обследовать *на дому* или *в лечебном учреждении*.

Посмертная экспертиза является разновидностью заочной судебно-психиатрической экспертизы и применяется в основном при решении вопросов наследства, бракоразводных дел, оформлении дарения имущества и т.д. Такая экспертиза проводится в виде анализа информации о покойном гражданине. Материалами для анализа могут служить показания свидетелей, медицинская документация, письма больного и др.

Задача специалиста-эксперта состоит в обобщении всех фактов и вынесении на их основании итогового заключения. При этом достаточно сложно установить степень

заболевания психическим расстройством, в особенности если присутствует сосудистая патология головного мозга человека, при которой происходит постоянная смена состояния адекватности восприятия окружающего мира. В случае недостаточности имеющейся информации возможно проведение судебно-психиатрической экспертизы в суде. Опрос свидетелей поможет выяснению некоторых деталей.

3

Основной вопрос, который ставится перед судебно-психиатрической экспертизой, — оценка дееспособности человека. В случае необходимости судебно-психиатрическая экспертиза дает заключения о назначении опекунов. Порядок признания гражданина недееспособным описан гражданским процессуальным законодательством РФ.

В соответствии с ГК РФ лицу, признанному судом недееспособным, должна быть назначена опека. Опекуны получают статус официальных представителей недееспособного гражданина, они имеют право на совершение сделок в его интересах и от его имени. Дело о недееспособности гражданина рассматривается по заявлению членов семьи или представителей организаций. В заявлении обстоятельно излагаются причины, побудившие просить суд о назначении процедуры определения дееспособности человека, приводятся факты психического расстройства гражданина.

На процессе по делам о дееспособности обязательно должны присутствовать:

- прокурор;
- представители органов опеки и попечительства.

4

Психическое состояние человека как фактор, определяющий дееспособность, обязательно должно быть определено заключением судебно-психиатрической экспертизы. В случае вынесения судом решения о признании лица недееспособным все сделки, в которых он принимал участие, считаются ничтожными (недействи-

тельными). Это относится и к регистрации брака, и к сделкам, совершаемым по имуществу данного лица (если оно ухудшает имущественное положение недееспособного гражданина), и др. Недееспособные граждане не имеют права участвовать в проводимых судебно-следственных мероприятиях в качестве ответчиков (истцов). Лишение дееспособности гражданина не носит необратимый характер. В случаях, когда отпали основания считать гражданина недееспособным, по решению суда человек вновь признается дееспособным, а опека над ним прекращается. Данное решение также возможно после проведения судебно-психиатрической экспертизы.

5

Лица, злоупотребляющие алкогольными и наркотическими средствами, что отрицательно сказывается на положении семьи, на основании судебного решения могут быть признаны *ограниченно дееспособными*, и им назначается попечитель. Только попечитель имеет право совершать сделки с имуществом и получать доход лица, которому он назначен. Ограниченно дееспособные лица не относятся к психическим больным, поэтому им не назначается проведение судебно-психиатрической экспертизы. Категория попечительства также не распространяется на лиц, проживающих без семьи. Назначение опекунов (попечителей) проводится только с их личного согласия. Опекунами (попечителями) не могут быть назначены лица, не достигшие совершеннолетнего возраста, признанные в установленном порядке недееспособными, а также лишенные права воспитания ребенка. Органы опеки и попечительства обязаны контролировать действия опекунов (попечителей) по заботе и уходе за гражданами.

6

Вопросом проведения судебно-психиатрической экспертизы могут быть *дела о сделках с имуществом*. В этом случае специалистам-экспертам необходимо определить психическое состояние лица в момент заклю-

чения им имущественной сделки. Для правильной оценки психического состояния гражданина в момент сделки необходимо установить мотивы ее заключения, логичность. Если в результате проведенного анализа делается заключение судебно-психиатрической экспертизы о неспособности человека руководить своими поступками и осознавать их значение, то на этом основании суд может признать такую сделку недействительной.



Следующая область применения судебно-психиатрической экспертизы гражданского процесса — *бракоразводные дела*. В таких случаях необходимо:

- дать оценку психического состояния гражданина на момент регистрации брака;
- дать оценку психического состояния гражданина при подаче одним из супругов иска о расторжении брака.

В случае признания хотя бы одного из супругов на момент совершения регистрации брака недееспособным либо не имеющим способности понимать значение своих действий подобный брак может быть признан судом недействительным. По заявлению в случае признания в судебном порядке одного из супругов недееспособным такой брак расторгается. При вынесении заключения судебно-психиатрической экспертизы важно определить социальный и бытовой статус, степень социальной адаптации, формы проявления заботы о детях и т.д. Специалисту-эксперту необходимо учитывать в таких случаях как ретроспективу поведения супруга, так и его прогноз.



Судебно-психиатрическая экспертиза проводится также *по делам о лишении родительских прав*. В законодательном порядке предусмотрено лишение права воспитания ребенка лицом, не выполняющим добросовестно свои родительские обязанности. К такому виду нарушений относят:

- ☑ совершение преступного деяния против жизни (здоровья) членов своей семьи;
- ☑ уклонение от выполнения родительских обязанностей;
- ☑ жестокое обращение с ребенком;
- ☑ злоупотребление родительскими правами;
- ☑ злоупотребление алкогольными и наркотическими средствами.

Также существуют ограничения родительских прав по независящим причинам (например, при заболевании супруга психическим заболеванием, которое может пагубно отразиться на воспитании ребенка и даже представлять для него опасность). Специалисту-эксперту важно определить степень маниакально-бредовых идей родителя и их опасность для ребенка. При вынесении судом решения об ограничении родительских прав, признания родителей недееспособными, а также в иных случаях отсутствия воспитания родителей защита интересов и прав ребенка возлагается на территориальные органы опеки и попечительства.



Судебно-психиатрическая экспертиза осуществляется при рассмотрении *исков о недобровольных психиатрических освидетельствованиях*, постановке на диспансерный учет и других действиях в отношении гражданина. При этом специалисту-эксперту необходимо определить правильность действий психиатра в отношении пациента, их соответствие медицинским документам и законодательным актам по оказанию психиатрической помощи. Судебно-психиатрическая экспертиза при обжаловании принудительного психиатрического освидетельствования либо госпитализации должна ответить на следующие *вопросы*.

- ☑ Имеется ли у лица в настоящее время или имелось ли на момент освидетельствования (госпитализации) заболевание психического характера и какое?

- ☑ В случае положительного ответа на предыдущий вопрос необходимо определить форму и степень заболевания, уровень беспомощности или опасности лица для себя и окружающих.
- ☑ Какие особенности клинических проявлений заболевания послужили основанием для вынесения решения о направлении гражданина на психиатрическое освидетельствование (госпитализацию)?
- ☑ Насколько способен человек при подаче иска осознавать свои действия и руководить ими?

Независимо от вида и назначения проведения судебно-психиатрической экспертизы необходимо отметить, что *специалисты-эксперты при вынесении заключения не должны давать правовую оценку действиям граждан*. Необходимо избегать понятий «неправомерность», «незаконность», «умышленность», «халатность», «намеренность» и других юридических терминов, а давать оценку, непосредственно касающуюся психического состояния обследуемых лиц.

16. ПОНЯТИЕ О ПСИХИЧЕСКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ. ПРИЧИНЫ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

! **Психическое заболевание** — совокупность нарушений функций головного мозга и иных систем организма.



Проявляется психическое заболевание в расстройстве функций психики человека, изменении его социальной адаптации.

Причины возникновения психических заболеваний до конца не изучены. В настоящее время можно говорить лишь о гипотезах этиологии. Установлено, что не может существовать какой-либо единственной причины возникновения заболевания психики. В целом, можно сделать вывод о том, что психические расстройства могут быть как врожденными

ми, так и приобретенными. Предполагается определенная связь без точного установления соотношений экзогенных и эндогенных факторов. К экзогенным факторам относят внешнее воздействие на человека, к эндогенным — внутренние причины развития заболевания. В целом, имеются в виду наследственная отягощенность, особенности организма и влияние экологических факторов.

В общем виде изучен и *патогенез психозов*. Выявлены лишь основные закономерности сложных органических патологий строения головного мозга. В общих чертах исследовано влияние интоксикаций, инфекционных заболеваний и психогенных факторов.

2

В первую очередь изучается *зависимость психических отклонений от наследственных признаков*, так как в большинстве случаев необходимо говорить о наследственной предрасположенности человека к возникновению у него заболеваний психического характера. К наследственным факторам относят неправильность расхождения хромосом человека на стадии его зарождения. Строение клетки человека характеризуется 23 парами хромосом. При нерасхождении 21-й хромосомы появляется болезнь Дауна различной степени тяжести. Часто передается по наследству и олигофрения.

3

К *приобретенным* относят психические заболевания, полученные в результате перенесенных травм головы, инфекционных заболеваний. Травмы и инфекции могут быть внутриутробными, которые приводят в дальнейшем к неправильному формированию и развитию головного мозга человека. Следствием этого являются отставание в умственном развитии у таких людей и развитие различных психических заболеваний. Любые виды черепно-мозговых травм, ушибы, ранения, контузии, а также нарушения кровообращения и склероз сосудов головного мозга могут являться причиной формирования психических отклонений.

При этом заболевание психики может проявиться как сразу, так и по прошествии определенного времени.

4

Следующим фактором развития психических болезней принято считать *инфекционные заболевания*.

К ним относят энцефалиты, менингиты, сифилис, корь, брюшной (сыпной) тиф, дифтерию, скарлатину, грипп.

Также причиной возникновения психического расстройства может стать *отравление организма ядовитыми (токсическими) веществами*. К ним относят: алкогольные продукты, наркотические средства, яды промышленного производства (в первую очередь ртуть, тетраэтилсвинец, пестициды и др.), передозировку лекарственными препаратами (акрихином, атропином и др.). Возможной причиной развития психического расстройства может служить и *аутоинтоксикация*, т.е. интоксикация организма ядовитыми веществами, вырабатываемыми самим человеком в результате некоторых заболеваний (к примеру, диабета, рака и т.д.).

5

Негативную роль для психического здоровья человека могут сыграть *частые психологические переживания*, стрессы, социальные потрясения, бессонница и др. Данные виды психозов носят ярко выраженный реактивный характер.

В результате многочисленных наблюдений и исследований было установлено, что на возникновение и формирование психических заболеваний оказывают также влияние черты характера, тип личности, интеллектуальный и физический уровень, окружающая среда и другие факторы.

17. ТЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

1

Оценить течение психического заболевания — одна из важных задач судебно-психиатрической экспер-

тизы, так как часто возникает необходимость определения психического состояния человека в определенное время, как в прошлом, так и в будущем. У всех людей течение психического заболевания проходит по-разному, и в период болезни состояние человека подвержено различным изменениям. Некоторые заболевания психики (например, психозы на почве злоупотребления алкоголем) имеют стремительный характер возникновения, но так же быстро болезнь завершается полным выздоровлением. Другие болезни психики протекают медленнее, имеют низкий темп роста и носят стойкий хронический характер. Однако общая последовательность заболевания, как правило, для всех одинакова.



Она состоит из начального этапа возникновения болезни, дебютной стадии формирования, инициального периода, периода клинической развернутой картины, стадии ремиссии болезни и исходной части.

Начальный этап психического заболевания характеризуется общими симптомами: быстрой утомляемостью, повышенной тревожностью, раздражительностью, снижением работоспособности, бессонницей, головными болями и др.

Дебютная стадия формирования болезни характеризуется кратковременными, маловыраженными психопатологическими симптомами.

Инициальный период развития болезни. В нем присутствуют общесоматические, неспецифические, вегетативные, аффективные, неврозо- и психопатоподобные расстройства организма.

Период клинической развернутой картины сопровождается характерными для данного вида заболевания синдромами (синдроматоксис, синдромокинез, синдромогенез).

Исход заболевания может иметь одну из следующих форм: полное выздоровление больного, интермиссия за-

болевания (светлый промежуток), ремиссия заболевания (улучшение психического состояния на фоне сохранения негативной симптоматики), глубокий кризис (развитие негативного необратимого синдрома), смерть больного.

3

Различают следующие типы течения психических заболеваний.

Процессуальный тип (прогредиентное развитие симптомов психического заболевания, формирование дефекта психической функции — слабоумия с учетом имеющейся нозологической формы заболевания). При данном типе течения психических расстройств существуют разнообразные варианты развития симптоматики заболеваний:

- ☞ непрерывный (прогредиентный);
- ☞ ремиттирующий;
- ☞ периодический (рекуррентный);
- ☞ стационарный.

Циркулярный тип (чередующийся характер развития психотического состояния больного). Фазы обострения и фазы «светлых промежутков» могут иметь продолжительность от одной недели до нескольких месяцев.

Течение заболевания по типу развития характеризуется совокупностью нерезких и медленных психогенно-травматических факторов. Происходит поэтапное небыстрое накопление признаков психопатологии. Признаки слабоумия отсутствуют.

Течение заболевания по типу реакции обусловлено зависимостью формирования психической болезни от влияния внешних факторов, личностных особенностей человека, его возраста и соматического состояния.

Течение заболевания по эпизодальному типу. Для данного типа характерны реактивное начало и быстрая продолжительность течения заболевания, расстройство сознания.

18. КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

1

Классификация психических расстройств носит многогранный характер и рассматривается различными учеными по-разному. Основная задача классификации психических расстройств — это создание определенной статистической номенклатуры болезней с целью ее дальнейшего использования при ведении медицинской документации в лечебных учреждениях и при эпидемиологических мероприятиях. Содержание классификации формируется на основе большого и обобщенного опыта выявления и структурирования подобных заболеваний с указанием специфических признаков заболевания.

В научной среде существует два основных течения (концепции) систематики психических заболеваний.

Первое (традиционное) *направление* классификации психических расстройств основано на признании факта зависимости клинических проявлений болезни от патогенетической и этиологической составляющей. Основная цель систематизирования научных данных при подобном подходе заключается в стремлении максимально обозначить нозологическую достоверность формируемой классификации психических расстройств.

2

Существует *второе* классификационное *направление*, которое не связывает психиатрические заболевания с данными о патогенезе и этиологии. Клиническое проявление психического заболевания должно стать не только средством для выявления причины болезни, а скорее служить решением практических задач диагностического процесса. При такой форме систематики заболеваний происходит более точное разделение различных патологических форм и, соответственно, достигается высокий уровень воспроизведения классификационных разделов.

К наиболее надежным показателям разграничения психических патологий относят внешние признаки заболеваний (синдромосимптоматику). В связи с этим классификация психических расстройств носит в таком варианте по большей мере синдромальный характер и в минимальной степени учитывает причины развития психических заболеваний.



По итогам многочисленных исследований, проводившихся в области классификации психических заболеваний, были обозначены основные *требования к разрабатываемым систематикам*:

- ☑ для постановки диагноза необходимо обязательное наличие минимального (порогового) набора диагностических критериев;
- ☑ диагностику психического расстройства необходимо проводить в соответствии с перечнем показателей, имеющих точные определения;
- ☑ недопустимо отнесение идентичного вида заболевания к нескольким разделам диагностики;
- ☑ критерии диагностики должны основываться на наиболее важных характеристиках заболевания, исключая психопатологические разновидности;
- ☑ в критерии диагностики должны входить признаки, описывающие стабильное состояние в целом, а не переходные этапы заболевания;
- ☑ при совокупности расстройств нескольких видов необходимо определить возможность выбора диагноза, заранее описать регламентацию психических расстройств и т.д.;
- ☑ для выявления признаков психического расстройства не должно требоваться значительных усилий.



Всемирной организацией здравоохранения была разработана *Международная классификация болезней (МКБ)*, пятый раздел которой содержит под-

робное разграничение видов психических и поведенческих расстройств человека. Десятая редакция МКБ обозначила некоторые изменения в части психических заболеваний. Так, в данном разделе были обозначены более узкие границы шизофрении, введены новые подразделы и рубрики. Большая часть психопатологии в МКБ-10 составлена в форме посиндромных разделов.



Существуют *национальные классификации психических заболеваний*. Например, американская (DSM), французская, немецкая, китайская (CCMD) классификации психических расстройств, латиноамериканский справочник психиатрических диагнозов (GLADP), имеющие некоторые особенности, но в целом основывающиеся на принципах МКБ.

19. ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

! *Диагностика* — это совокупность процедур и методов, направленных на определение болезни с целью постановки правильного диагноза и выбора средств для лечения с учетом прогноза заболевания.



При проведении диагностики психических расстройств важно учитывать два аспекта значимости данной процедуры: медицинский и юридический.

Вначале рассмотрим *медицинский* фактор. Для диагностики психических болезней необходимо различать следующие *понятия*:

- нормальное состояние;
- патология;
- психическое заболевание;
- психоз;
- психическое нарушение;
- невроз;

расстройство личности.

Проведение диагностических мероприятий психических болезней начинается с определения *симптомов заболевания*. Далее симптоматика складывается в определенные синдромы заболевания. А синдромы, в свою очередь, составляют нозологическую форму психического расстройства — заболевание. Цель точной диагностики заключается в правильности выработки тактики и стратегии лечения болезни, а также дальнейшей реабилитации больного.

На первом этапе диагностики определяются *основные признаки* заболевания или симптомы. Признак заболевания относится к клиническим понятиям и непосредственно связан с внешним восприятием психиатром состояния человека. Отдельные признаки заболевания выделяются у больного на уровне чувственного познания психиатром с учетом его опыта. После определения основных признаков заболевания необходимо провести их *обобщение и классификацию*, установить существующие взаимозависимости. Таким образом, симптомы заболевания подвергаются клинической экспертизе. По ее результатам выделяют синдромы болезни, что является уже следующим этапом диагностики психических расстройств. Третий этап диагностики формирует *общую клиническую картину* психического заболевания, раскрывает патогенез и суммирует полученные данные в виде диагностической гипотезы. Четвертый этап строится на основе сформулированной диагностической гипотезы и характеризуется *уточнением клинических симптомов*, поиском причинно-следственных взаимосвязей между различными факторами заболевания: экзогенными, личностными, эндогенными, психогенными и др. На основе проделанной работы выстраиваются стратегия и тактика проведения терапевтического лечения. На пятом этапе проводится *мониторинг изменений симптоматики* в ходе лечения болезни. Шестой этап характеризуется *уточнением предварительного диагноза*, определением

прогноза выздоровления, выработкой реабилитационных и профилактических мероприятий.

Диагностические дифференцированные критерии:

- ✓ данные анамнеза;
- ✓ возраст больного;
- ✓ тип дебютной части заболевания;
- ✓ темпы развития дебютной части заболевания;
- ✓ основные клинические проявления (симптомы, синдромы, их динамика);
- ✓ тип течения заболевания;
- ✓ специфика ремиссии и светлых промежутков;
- ✓ показатели лабораторных анализов;
- ✓ соматоневрологические исследования;
- ✓ отношение человека к заболеванию.



Следующий фактор диагностики психического заболевания — *юридический*.

На основании законодательства о психиатрической помощи постановка диагноза психического заболевания проводится в соответствии с утвержденными международными правилами. Диагноз психической болезни не может быть поставлен человеку только по причине его несогласия с общепринятыми культурными, морально-нравственными, религиозными и политическими ценностями или по другим причинам, не связанным со здоровьем.

Диагностика и терапия больного должны проводиться медицинскими методами и лекарственными средствами, допущенными к применению на основании нормативно-правовых актов федерального органа здравоохранения. Данные медицинские методы и средства лечения должны применяться исключительно в целях диагностики и оздоровления больных. Запрещено применение указанных средств с целью наказания, запугивания человека либо в интересах посторонних лиц.

Принципы диагностики заболеваний психики должны ориентироваться на международный опыт и использование в работе утвержденной МКБ, которая обязательна в России. На основе МКБ Министерством здравоохранения и социального развития РФ был разработан адаптированный для России вариант «Психические и поведенческие расстройства». Также существуют стандарт диагностики и лечения психических заболеваний и руководство «Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств», направленные на улучшение диагностики и лечения психических заболеваний. Описанные в документах процедуры не ограничивают действия врача, в каждом конкретном случае психиатр вправе индивидуализировать диагностические мероприятия и процедуру лечения. Лечебно-диагностический стандарт имеет цель — обобщение мирового опыта, способствует росту эффективности врачебной деятельности.

 3 В соответствии с законодательством РФ установить диагноз психического расстройства имеет право лишь врач-психиатр. Предварительное заключение другого врача-специалиста не может служить основанием для недобровольного лечения. В местности, где отсутствует врач-психиатр, решение вопроса диагностики заболевания осуществляется путем дополнительного обучения специалиста с целью приобретения им права психиатрической деятельности.

 4 Существуют определенные *методы диагностики психических заболеваний*:

-  сбор анамнеза. Проводится сбор информации о психическом и физическом состоянии человека в настоящем и ретроспективном планах, собираются данные о наследственности, особенностях формирования личности, чертах и свойствах характера, интересах

и навыках, привычках. Описываются перенесенные заболевания, травмы головы, употребление наркотических и алкогольных средств, наличие фактов аморального поведения. Эти данные можно получить по следственно-судебным материалам, характеристикам по месту работы и жительства, истории заболеваний и т.д.;

- ✎ сбор информации о психическом здоровье и адекватности поведения человека на основании свидетельских показаний. Эти данные можно получить путем опроса свидетелей, проходящих по изучаемому делу;
- ✎ сбор официальной медицинской информации. Осуществляется путем запроса в психиатрические лечебные учреждения для получения справок и выписок из истории болезни;
- ✎ экспериментальное психологическое исследование включает в себя осмотр пациента психологами, позволяющий выявить нарушения по отдельным аспектам личности и указать на ее особенности;
- ✎ наблюдение проводится в стационарных условиях врачами-психиатрами и другим медицинским персоналом при совершении ими обходов в форме личной беседы с человеком. Проводится круглосуточно. Обращается внимание на изменение состояния больного в психическом плане;
- ✎ обследование головного мозга заключается в проведении анализов и аппаратном обследовании функций головного мозга (компьютерные томографии, спинно-мозговые пункции, электроэнцефалограммы и др.);
- ✎ диагностика неврологических симптомов. Проводится исследование рефлексов неврологического характера. Определяется соответствие сухожильных рефлексов, отсутствие патологических рефлексов,

параличей, судорог, степень нарушений вегетативной системы;

☞ диагностика соматических симптомов. Определяется отсутствие либо наличие данных симптомов (нарушение функций обмена веществ, пищеварения, кровообращения и т.д.). Проводится путем лабораторных анализов и в форме аппаратной диагностики.

20. ПОНЯТИЕ О СИМПТОМАХ И СИНДРОМАХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

! Под **симптомом** заболевания понимается его клиническое проявление, отдельный признак нарушения или болезненного состояния организма человека.

1 Симптом психического заболевания — единичный признак нарушения одной из психических функций личности. К симптомам психического заболевания относятся бредовые и маниакальные идеи, галлюцинации, депрессии и др. Для изучения психического заболевания важно суммировать отдельные симптомы в общий симптомокомплекс, устанавливая их взаимосвязь.

Психопатологические симптомы подразделяют на негативные и позитивные. Чем более выражены позитивные симптомы, тем менее — негативные, и наоборот.

Негативные симптомы соответствуют признакам регрессирующего либо прогрессирующего, стойкого либо обратимого изъяна, ущерба, дефекта целостности функционирования психической деятельности организма человека.

Позитивные симптомы — это признаки патологических результатов деятельности психики. К примеру, галлюцинации, страх, мания, бред и т.д.

Существует также теория, делящая все психопатологические симптомы на субъективные и объективные. К *субъективным* симптомам относят жалобы больного, его сведения о течении заболевания, к *объективным* симптомам — данные о больном, полученные с помощью анализов и аппаратных методов исследования. Объективные и субъективные симптомы делятся на вероятные и достоверные. Вероятные психопатологические симптомы, в свою очередь, подразделяют на маловероятные и достаточно вероятные. Характеристика и форма симптома зависят от вида болезни и характера повреждения психики человека.



Психическое расстройство проявляется совокупностью различных симптомов. Данная совокупность представляет собой симптомокомплекс или синдром.

! Под **синдромом** подразумевается формализованное определение взаимосвязанных симптомов, соответствующих нозологической единице (заболеванию).

Симптомокомплекс не всегда совпадает с синдромом по числу симптомов, он может включать симптомы, которые в синдром не входят. Основная особенность психопатологических синдромов — их связь с поражением функций головного мозга и, как следствие, с нарушением социальной адаптации личности.

По структуре симптомов психопатологические синдромы подразделяют на обязательные (ведущие), дополнительные и факультативные.

По *обязательным* (ведущим) симптомам определяется принадлежность синдрома к психопатологической группе.

К *дополнительным* симптомам относят признаки, часто встречающиеся при данном синдроме.

Факультативные симптомы практически не связаны с патогенезом образования синдромов, но отражают патопластические свойства.

21. РЕЦЕПТОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА, НАРУШЕНИЯ ОРИЕНТИРОВКИ, ВОСПРИЯТИЯ, ПАМЯТИ



Рецепторные расстройства представляют наиболее распространенный и элементарный вид симптомов психического заболевания. К таким расстройствам относятся:

- ☑ *гиперестезия* — повышенная чувствительность и восприимчивость к раздражителям, которые человеком без нарушений психики воспринимаются нейтрально. К примеру, кажущийся для больного громким звук, ослепляющий свет и др.;
- ☑ *гипестезия* — противоположность гиперестезии, т.е. для больного человека нормальный свет кажется тусклым, звуки — без интонации и т.д.;
- ☑ *дерализация* — симптом, при котором больной чувствует призрачность окружающего его мира, он представляется ему, как во сне, через пелену, занавес и т.д.;
- ☑ *расстройство апперцепции* — симптом, при котором больной не может установить связь между происходящим, ему не доступен смысл явлений и событий;
- ☑ *расстройства чувства времени* — больной с таким симптомом не может правильно определить ход времени. Оно для него либо ускоряется, либо замедляется или отсутствует полностью;
- ☑ *расстройство чувства действительности* — человеку, видящему предмет или человека впервые, они кажутся давно знакомыми или наоборот;
- ☑ *олицетворенное осознание* — симптом, при котором больному кажется присутствие рядом постороннего человека или кого-то еще, при этом самим больным допускаются ошибочность своего предположения;

- ☑ *метаморфопсия* — нарушение правильной оценки формы и величины окружающего больного пространства, предметов, частей собственного тела и т.д.;
- ☑ *сенестопатия* — кажущиеся больному некомфортные и неприятные ощущения, которые исходят из его организма. К примеру, сдавливание, щекотание и т.д.

2

Нарушения ориентировки — симптомы, характеризующие отсутствие у больного возможности ориентации в конкретной ситуации, в своей личности, в месте пребывания, во времени. При нарушениях ориентировки у человека возникает эффект недоумения (растерянность), при котором больной не понимает свое состояние, задается вопросами: «Что случилось?», «Что произошло?». Также при расстройстве ориентировки возможен симптом деперсонализации, т.е. нарушение психической функции, при которой человек не осознает себя личностью, а свои мысли и поступки считает искусственными, управляемыми кем-то.

Нарушения восприятия — большая группа симптомов, характеризующих отклонения в отражении окружающего нас мира.

! *Галлюцинация* — один из симптомов нарушения, при котором происходит восприятие реально не существующего объекта.

3

Галлюцинации подразделяют в зависимости от видов анализаторов восприятия: слуховые, обонятельные, зрительные, вкусовые, тактильные и др.

Слуховые галлюцинации разделяют на акоазмы (распознавание больным отдельных шумов, звуков и т.д.) и фонемы (вербальные галлюцинации — распознавание разговоров, слов, фраз, выражений и т.д.).

По громкости звучания слуховые галлюцинации делятся на тихие, натуральной громкости, очень громкие.

По содержанию слуховые галлюцинации бывают нейтральными, зловеще-угрожающими, предсказывающими (предупреждающими).

По «смыслу» воспринимаемых слов слуховые галлюцинации делятся на галлюцинации комментирующего типа (голос комментирует действия человека) и галлюцинации императивного типа (голос принуждает человека к действию).

Зрительные галлюцинации. Возможны предметные галлюцинации, характеризующиеся:

- ☑ по величине (микроскопический, натуральный, увеличенный или гигантский размер предметов);
- ☑ окраске (естественные, без окраски или яркой окраски);
- ☑ динамике перемещения (статичные предметы или находящиеся в движении);
- ☑ динамике содержания (стабильные или постоянно меняющиеся).

Помимо предметных галлюцинаций, возможны зрительные бесформенные галлюцинации (например, туман, дым, пелена и др.).

Зрительные галлюцинации по воздействию на психику человека могут быть как вызывающими ужас, панику, так и вызывающими положительные эмоции, радость, любопытство и др.

Висцеральные галлюцинации. Присутствие у больного ощущений наличия в теле, чаще всего в животе, предметов (существ), находящихся как в неподвижном состоянии, так и двигающихся.

Тактильные галлюцинации. Присутствие у больного ощущений раздражения на коже (ползания насекомых, посторонних предметов и др.).

Обонятельные галлюцинации. Больной ощущает разнообразные несуществующие запахи различной степени постоянства и интенсивности.

Вкусовые галлюцинации. Искажение восприятия вкусовых качеств предметов, носящее, как правило, негативный характер.

Совокупность нескольких галлюцинаций одновременно характеризуется как *сложная галлюцинация*.

Псевдогаллюцинации возможны для любого анализатора чувств. Возникают без наличия в действительности реального предмета и не имеют взаимосвязи с реальными объектами и происходящими явлениями. Больным видятся нереальные образы и слышатся нереальные голоса, которые, по их мнению, являются следствием внешнего воздействия (передача образов и звуков происходит техническими средствами).

Гипнагогические галлюцинации — непроизвольно возникающие образы в темноте или при закрывании глаз (перед сном).

По характеру возникновения галлюцинации подразделяются на рефлекторные и функциональные. *Рефлекторные галлюцинации* возникают на основе реального объекта или события, в дальнейшем отделившись от него и существующие независимо. *Функциональные галлюцинации* возникают только на определенном фоне внешнего и реально существующего раздражителя, например при шуме, разговоре, пении птиц и др.

! **Нарушение памяти** — расстройства функции психики человека, характеризующиеся нарушением отражения произошедших с ним событий.

4 *Дисмнезия* — разновидность расстройства памяти человека, при которой происходит уменьшение способности человеком запоминать и воспроизводить события.

Дисмнезия разделяется на следующие виды:

- гипомнезия характеризуется снижением памяти;
- амнезия характеризуется отсутствием памяти для определенного отрезка времени;

- ☑ ретроградная амнезия характеризуется удалением из памяти событий, предшествовавших нарушению психики человека;
- ☑ антероградная амнезия — отсутствие воспоминаний о событиях, наступивших после окончания психического расстройства;
- ☑ антероретроградная амнезия — отсутствие воспоминаний о событиях как до, так и после психического расстройства;
- ☑ фиксационная амнезия — отсутствие способности запоминать события, происходящие в настоящее время;
- ☑ прогрессирующая амнезия — нарастание отсутствия событий, остающихся в памяти человека, как произошедших в прошлом, так и происходящих в настоящее время;
- ☑ ретардированная амнезия — отсутствие памяти возникает по прошествии определенного времени со дня окончания расстройства психики.

Следующий вид нарушения памяти — *парамнезия*, т.е. обман памяти. Существует несколько видов парамнезии:

- ☑ конфабуляция — воспоминания, содержащие ложную информацию о не существовавших в действительности событиях;
- ☑ криптомнезия — снижение памяти и невозможность человеком определить, действительно ли событие имело место или нет.

22. РАССТРОЙСТВА ИНТЕЛЛЕКТА И МЫШЛЕНИЯ



При расстройстве интеллекта человек утрачивает способности к успешному приобретению и применению теоретических знаний и практических умений

в своей деятельности. Такой человек не может грамотно поставить жизненную задачу и успешно решить ее. Дефекты интеллекта носят разнообразный характер.

К примеру, некоторые больные с психическими расстройствами успешно справляются с трудными интеллектуальными заданиями, но им не под силу простейшие задачи.

Если преобладает *аптоабулический синдром*, он характеризуется невозможностью больным применить знания, полученные им после начала заболевания. Люди, страдающие таким синдромом, могут выполнить только простые задания.

При *органических поражениях головного мозга* возникают прогрессирующие формы психического истощения, больной утрачивает способность вести высшую мыслительную деятельность. Для решения заданий таким больным требуется значительно больше времени.

Значительные изменения интеллекта возникают у больных *эпилепсией*. У них нарушается способность общения, темп речи становится медленнее, в словарном запасе преобладают речевые штампы.



Оценка интеллекта при задержке психического развития проводится на фоне уровня общей сформированности психофизиологических функций человека.

При этом необходимо учитывать, что часто с возрастом интеллектуальный дефект исчезает.

Расстройство интеллекта наблюдается при психических расстройствах, сопровождающихся *слабоумием*. Слабоумие бывает врожденным (олигофрения) либо приобретенным (деменция). В основе приобретенного слабоумия лежит разрушение нормально развитого мозга, в основе врожденного — недоразвитие головного мозга. *Олигофрения* сопровождается неспособностью к дальнейшему усвоению информации и ее обобщению.

К понятию «расстройства мышления» относят следующие симптомы.

Повышенная скорость возникновения мысли, переходящая в неуправляемый мыслительный поток (ментизм). При таком симптоме больной быстро переходит от одной мысли к другой, не успевая высказать одно суждение, перескакивает ко второму, затем — к третьему и т.д. При быстрой смене мыслей внешняя связь их в известной степени не нарушается. Речь, соответственно, становится торопливой и непоследовательной. Основное расстройство при скачке идей — ослабление внимания, выражающееся в отвлекаемости.

Заторможенность возникновения мысли. С формальной стороны при этом расстройстве мышления имеется резкое замедление темпа течения мыслей. Больной медленно отвечает на вопросы. Время ассоциативной словесной реакции резко удлиняется. По своему содержанию заторможенное мышление характеризуется бедностью представлений, понятий и суждений.

Сложности при появлении новой мысли в результате преобладания уже имеющихся (обстоятельность мышления). Характеризуется обстоятельностью, крайним детализированием, вязкостью и витиеватостью суждений, приведением массы несущественных подробностей. По своему содержанию обстоятельное мышление относится к слабости суждений из-за отсутствия в нем различий существенного и несущественного.

Резонерствующее мышление характеризуется пустыми рассуждениями, на вид глубокомысленными, но лишенными содержательности.

Повтор преобладания одной и той же мысли (персеверация мышления).

Бессвязность (разорванность) мыслей — отсутствие способности обобщения мыслей, их анализа и формирова-

ния ассоциативных мыслительных связей. Крайним выражением разорванности мышления считается шизофазия (разорванность речи). При этом человек уже не в состоянии спроецировать определенную мысль, а способен лишь перечислять отрывочные суждения и представления.

Мысленная закурорка (шперрунг) проявляется в виде неожиданного обрыва мышления и речи.

Паралогическое мышление — попытка больным сопоставлять несовместимые образы, идеи, события и обстоятельства.



Расстройство мышления может также выражаться в образовании *бредовых идей*. Бредовые идеи — это чрезвычайно важный симптом психического расстройства. Появление бредовых идей — основной признак неотвратимости психического заболевания.

Бредовые идеи возникают на почве субъективной уверенности в их достоверности, не поддающейся изменению. Основу понятия бредовой идеи составляют четыре признака:

- 1) возникновение на почве психического заболевания;
- 2) ошибочное, не адекватное реальности содержание мысли;
- 3) высокая степень субъективной уверенности в верности идеи;
- 4) невозможность изменения мнения.

Существует классификация бредовых идей по их содержанию.

Бред величия может выражаться в том, что больной чувствует себя необычайно умным и всесильным. Иногда бред величия также проявляется в бредовых идеях богатства.

При *бреду изобретательства* больные изобретают разнообразные фантастические предметы, вечные двигатели и т.д., которые должны осчастливить всех, составля-

ют нелепые проекты псевдонаучных открытий и изобретений, придумывают чудотворные способы врачевания и т.д.

Эротический бред проявляется на фоне повышенного чувства красоты и привлекательности.

Бред самоуничижения, самообвинения (греховности) проявляется в том, что больные ищут всевозможные поводы для самообвинения, они считают себя несчастными и виновными перед близкими и обществом.

Бред нищеты. Наиболее типичен для старческих психозов. Одновременно с состоянием тревожной тоски у таких больных проявляются опасения, что они лишились имущества, им предстоит голодная смерть и т.д.

Бред заболевания ведет к страху за наличие у больного заболеваний, не имеющих места в действительности. Постоянное наблюдение за собой, выискивание отдельных симптомов занимает все внимание такого человека.

Бред преследования заключается в том, что человек видит себя окруженным и преследуемым врагами, имеющими цель его уничтожить.

Бред отношения и значения находится в близкой связи с бредом преследования и часто неотделим от него. При бреде значения различные малозначительные жизненные факты приобретают в глазах больного особое значение. При бреде отношения больной видит во всем намеки, имеющие особое отношение к его личности.

Бред физического воздействия, при котором у больных возникает убеждение, что на них воздействуют различного рода физическими силами: лучами, магнитами, электричеством, радиоволнами, радиацией и т.д., причиняя тем самым очень тяжелые мучения.

При *бреду ревности,* или бреде супружеской неверности, больной подозревает, что его супруг (супруга) заводит тайные связи с другими женщинами (мужчинами).

! **Навязчивыми идеями** называют представления и мысли, произвольно появляющиеся в сознании больного человека, который понимает всю их нелепость, но не в состоянии с этим бороться.

5 Навязчивые идеи составляют основу синдрома навязчивых состояний. В состав этого синдрома наряду с навязчивыми мыслями входят навязчивые страхи (фобии) и навязчивые влечения к различным действиям. Обычно эти болезненные явления взаимосвязаны. Характерная особенность для навязчивых состояний — признак их преобладания в сознании при наличии критического отношения к ним со стороны больного. У больного навязчивые мысли могут заполнить все содержание мышления и нарушить его нормальное течение.

Навязчивые мысли отличаются от бредовых идей тем, что сам больной к навязчивым мыслям относится критически, он понимает их болезненность и необоснованность, они носят непостоянный характер, часто появляются эпизодически и не обязательно возникают на болезненной почве.

! **Сверхценные идеи** — промежуточное состояние между навязчивыми и бредовыми идеями.

Под сверхценными идеями следует понимать ошибочные либо односторонние суждения или группы суждений, которые вследствие своей резкой аффективной (чувственной) окраски получают перевес над всеми остальными идеями, причем преобладающее значение этих идей сохраняется в течение длительного времени. Другими словами, в отличие от навязчивых состояний, они имеют положительно эмоциональную окраску. Такие идеи могут встречаться не только у больных, но и у здоровых людей. Причем возникают эти идеи не против желания человека, а в силу его чувственной потребности в них. Сверхценные идеи — это глубокое убеждение, которое человек ценит и которым дорожит. Иногда сверхценные идеи при помощи веских логических доводов поддаются коррекции.

23. РАССТРОЙСТВА ЭМОЦИЙ

! Эмоции характеризуют отношение человека к окружающей его действительности и происходящим событиям.

1 Они вызваны нарушениями привычного жизненного ритма (динамического стереотипа), образовавшегося в результате реакции головного мозга на внешние раздражители. При увеличении отрицательных раздражителей настроение человека ухудшается, и наоборот, при росте положительных сигналов — улучшается. Биологическая основа эмоциональных проявлений заключается в удовлетворении определенной потребности. С физиологической точки зрения при нарушении процессов взаимодействия функций коры головного мозга и подкорковых структур развиваются расстройства эмоциональной сферы.

2 Эмоции подразделяют на слабые или сильные, положительные или отрицательные.

К расстройствам эмоций относятся следующие *симптомы*:

- ☞ гипертимия** (мания) — беспричинно радостное оптимистическое настроение с желанием активной деятельности без жалоб на здоровье. Высшей степенью гипертимии считается экстаз или эйфория. Эйфория проявляется в виде блаженного, беззаботного и беспечного состояния;
- ☞ гипотомия** (депрессия) — противоположность гипертимии, печальное (депрессивное) состояние, тоска, уныние. Развивается чувство безысходности, появляются мысли о суициде;
- ☞ апатия** — чувство равнодушия и безразличия к окружающему миру и к себе;
- ☞ дисфория** — злое (мрачное) настроение с признаками ожесточенной агрессии;

- ☞ *страх* — напряженное чувство ожидания конкретной угрозы;
- ☞ *тревога* — чувство возможной угрозы неопределенного вида;
- ☞ *эмоциональная слабость* (слабодушие) — состояние постоянного и беспричинного изменения настроения;
- ☞ *потеря всех чувств* (эмоциональная тупость) — эмоциональное опустошение больного, отсутствие любых эмоций;
- ☞ *аффект* — состояние сильного потрясения психики. Аффект бывает как физиологический, так и патологический.



Физиологический аффект проявляется в виде эмоциональных взрывов как положительного, так и отрицательного характера. При этом человек ясно осознает свои поступки, у него сохраняется ясность памяти. При совершении преступления в состоянии физиологического аффекта обвиняемый должен быть признан виновным и нести наказание.

Причины возникновения физиологического аффекта следующие:

- ☞ обстоятельства, угрожающие физическому существованию человека, связанные с его биологическими инстинктами и потребностями, например прямая или косвенная угроза жизни;
- ☞ аффект может быть вызван поступками окружающих, затрагивающими самооценку человека, травмирующими его личность.

Для возникновения состояния аффекта необходимы конфликт или ссора. Однако это не единственное условие его возникновения. Еще одно условие возникновения аффекта — комплекс устойчивых индивидуально-психологических особенностей личности и временное состояние

субъекта, попавшего в конфликтную ситуацию. Обстоятельства, вызывающие аффект у одного человека, не нарушают стройной системы поведения у другого.

К развитию аффективных состояний предрасполагают индивидуально-психологические особенности:

- ☑ *комплекс врожденных свойств нервной системы* (тип высшей нервной деятельности). Аффекты чаще возникают у людей с так называемым слабым типом нервной системы, который характеризуется легкой возбудимостью, повышенной чувствительностью к раздражителям, низкой устойчивостью к сильным раздражителям, часто — инертностью нервных процессов;
- ☑ *специфическая структура личности*, в частности особенности ее самооценки. Люди с высокой, но недостаточно устойчивой самооценкой болезненно реагируют на оценку и замечания окружающих, их легко травмировать, вывести из состояния равновесия, разрушив тем самым привычную программу поведения;
- ☑ *возрастные особенности субъекта*. У детей ярче выражена зависимость поведения от оценок окружающих, а недостаточно сформированная система самоконтроля не дает возможности избежать аффективных вспышек в условиях, где взрослому это удастся относительно легко. В пожилом возрасте постепенно уменьшается устойчивость по отношению к аффективным переживаниям, повышается раздражительность, что увеличивает вероятность возникновения физиологического аффекта у пожилых людей;
- ☑ *временные функциональные психофизиологические состояния*, нарушающие устойчивость человека к аффектогенной ситуации. К ним относятся: усталость, бессонница, периоды менструаций у женщин и т.д.

Физиологический аффект может возникать как при первичном или однократном появлении аффектогенной ситуации, так и в результате постепенного накопления аффективных переживаний.



Патологический аффект — это краткосрочное нарушение психического состояния, состоящее из следующих этапов:

- подготовительного — возникает при сильных переживаниях, имеющих острый или накапливающийся характер;
- этапа «взрыва» — выражается в бурном проявлении эмоций (сильнее, чем при физиологическом аффекте). При этом возникает сильное нарушение сознания, действия больного начинают носить автоматический агрессивный характер;
- заключительного. Человек успокаивается, засыпает. В дальнейшем проявляется частичная или полная амнезия.

Обвиняемые, совершившие преступления в состоянии патологического аффекта, признаются судом невменяемыми.

24. РАССТРОЙСТВА ПРИВЫЧЕК И ВЛЕЧЕНИЙ. РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ И СЕКСУАЛЬНОГО ПРЕДПОЧТЕНИЯ



К расстройствам привычек и влечений относят психические расстройства, которые характеризуются стремлением к определенному действию, подчиняющим поведение человека.



Влечение к совершению поступка часто сопровождается расстройством сознания.

Виды влечений:

- ☑ *клептомания* — привычка совершения воровства. Сворованные предметы, как правило, больному не нужны, больным движет внутреннее напряжение перед кражей и облегчение после ее совершения. В основе патологии воровства лежит постоянное стремление к получению наказания (мазохизм) или стремление к лидерству путем раздачи ворованных предметов;
- ☑ *пиромания* — привычка совершения поджога. Патологические поджоги считаются формой проявления скрытой агрессии. Такое влечение к огню, как правило, характерно для детей и подростков;
- ☑ *патологическое влечение к азартным играм* (лудомания) — привычка участия в азартных играх, несмотря на возможные тяжелые социальные последствия для больного и его семьи. Такая склонность к азартным играм проявляется в систематическом участии в азартных играх, которое приводит к снижению остальных ценностей. К данной группе относят и патологическое влечение к компьютерным играм. В результате длительной работы за ПК возникает особая профессиональная модификация поведения и своеобразная окраска невротиков и психозов. Лудомания очень часто способствует развитию зависимого расстройства психического состояния личности, которое характеризуется переводом на объект игры или человека основной части личных проблем, формированием психической зависимости;
- ☑ *трихотилломания* — влечение к выдергиванию волос. Чаше встречается у женщин.



В этологии нарушений привычек и влечений большое влияние имеют *генетические показатели*, особенности воспитания, черты характера челове-

ка. Клинически данные нарушения проявляются в виде повторяющихся действий, обусловленных нерациональным влечением, противоречащим интересам больного и окружающих его людей. Пациент не может контролировать надвигающееся стремление к совершению действия. После совершения поступка у больного отмечается падение внутреннего напряжения.

3

Расстройства половой идентификации и сексуального предпочтения выражаются в следующих формах:

- ✎ ненормальное усиление полового влечения;
- ✎ ненормальное уменьшение или исчезновение полового влечения;
- ✎ качественное извращение полового влечения.

Ненормальность усиления или уменьшения полового влечения оценивается с учетом личных данных больного (возраста, темперамента, уровня воспитания). Резкое снижение полового влечения является следствием органического заболевания нервной системы, интоксикации, дисгармонии семейных отношений и др. Резкое повышение полового влечения — гиперсексуальность (для мужчин — сатириазис, для женщин — нимфомания).

4

Большое количество среди нарушений полового влечения занимают *сексуальные парафилии*, к которым относят:

- ☑ парафилии жертвенные (садомазохистские извращения, танатофилия — половое возбуждение, связанное со смертью);
- ☑ хищнические (извращения с демонстрацией насилия);
- ☑ меркантильные (извращенное влечение с демонстрацией развращенности или испорченности);
- ☑ избирательные (партнер должен принадлежать к определенной группе, например влечение к детям — пе-

- дофилия, влечение к лицам старшего возраста — геронтофилия, влечение к животным — зоофилия, влечение к покойным — некрофилия и т.д.);
- ☑ привлекательности (этапы, предшествующие половому акту, становятся его основой);
 - ☑ гомосексуализм (влечение к представителям своего пола);
 - ☑ трансвестизм (влечение к переодеванию в одежду противоположного пола);
 - ☑ транссексуализм (осознание своей принадлежности к другому полу, стремление изменить пол);
 - ☑ мессалинизм (форма сексуального расстройства женщины, направлена на частую смену партнеров);
 - ☑ фротеризм (стремление мужчины к телесному контакту с анонимной женщиной в общественных местах);
 - ☑ фетишизм (влечение к какому-либо символу при половом акте);
 - ☑ порнографомания (влечение к порнографическим материалам — видео, фото, литературным произведениям и т.д.);
 - ☑ монументофилия (половое влечение к статуям);
 - ☑ вуайеризм (влечение к подглядыванию за совокупляющимися партнерами, их половыми органами);
 - ☑ эксгибиционизм (стремление к демонстрации полового акта и половых органов);
 - ☑ аутоэротизм (половое влечение к себе, самоудовлетворение).

25. РАССТРОЙСТВА ВОЛЕВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

! Волевая деятельность — это функции человека, которые связаны с его способностью целенаправленно и сознательно контролировать свои действия.



Волевое действие всегда направлено на достижение поставленной человеком цели.

Основные *виды расстройств волевой деятельности:*

- ☑ гипербулия (усиление активности волевой деятельности) проявляется в повышенном стремлении к какой-либо деятельности. Больные с таким симптомом не могут спокойно сидеть, лежать, они все время ищут себе занятия, не испытывая при этом никакой усталости, несмотря на то что такое состояние физически для них изнурительно и сопровождается плохим сном, ухудшением здоровья;
- ☑ гипобулия (снижение активности волевой деятельности) является противоположностью указанному ранее состоянию;
- ☑ абулия (полное отсутствие волевой деятельности);
- ☑ парабулия (извращенные формы волевой деятельности) проявляется в кататоническом возбуждении или кататоническом ступоре;
- ☑ кататоническое возбуждение (нелепое, пустое, бессодержательное, немотивированное речевое и двигательное возбуждение человека);
- ☑ кататонический ступор (оцепенение, отсутствие какого-либо движения). Также бывает апатический, психогенный, депрессивный ступор.



К специальным расстройствам волевой деятельности относят следующие *симптомы:*

- ☞ *импульсивные действия* (больные неожиданно прыгают, бросаются бежать, кружатся, танцуют, кричат, громко вдыхают и выдыхают воздух, бранятся, срывают одежду, все рушат);
- ☞ *патологическая внушаемость* (подверженность чужому влиянию, проявляется в двух формах:
 - 1) каталепсии (больной длительное время не меняет позу, пусть и неудобную, которую ему придали искусственно);

2) автоматической подчиняемости (считается более высокой формой внушаемости, так как здесь автоматический ответ идет не на элементарное раздражение, а на дифференцированные психические комплексы. Такие автоматические действия можно сгенерировать примером эхопраксии (подражание движениям) или эхолалии (повторение сказанных слов);

☞ *пониженная подчиняемость* (отсутствие адекватной реакции на команды и требования);

☞ *стереотипия* (однообразное повторение больным одних и тех же действий);

☞ *манерность* (извращение простых движений: мимики, походки и т.д.).

3

Возможны также *расстройства группы врожденных инстинктов*, которые могут быть выражены в их неестественном исчезновении, уменьшении, увеличении или извращении.

К примеру, нарушения инстинкта потребления пищи: встречаются больные с усилением данного инстинкта (полифагия, прожорливость), извращением (прием в пищу несъедобных или опасных веществ), уменьшением (монофагия, голодание) или исчезновением (анорексия).

26. РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ

! **Сознание** — это высшая форма отражения личностью окружающего мира.

1

Помимо этого, существует термин *самосознания*, т.е. осознания себя как личности, своих психических и телесных данных, своего собственного «Я», своего места в жизни общества.

Самосознание в процессе онтогенеза изменяется: на раннем этапе происходит осознание своего телесного (соматического) «Я», в дальнейшем личность осознает слож-

ные психические процессы, результат которых — способность человека решать различные задачи.

2

Существуют следующие *симптомы* расстройства сознания:

- ✎ отсутствие способности адекватно воспринимать окружающую действительность;
- ✎ расстройство мыслительной деятельности человека, бессвязность и фрагментарность мысли;
- ✎ потеря способности ориентироваться на местность, во времени, в себе;
- ✎ потеря памяти в период психического расстройства;
- ✎ пароксизмальность формирования психопатологических признаков, внезапно исчезающих и появляющихся вновь.

Расстройства сознания зачастую являются следствием тяжелых инфекционных болезней, травматических поражений головы, отравлений ядовитыми и токсическими препаратами и т.д.

3

Снижение или полное отключение сознания часто встречается при коме, сопоре, оглушенном состоянии. Такие расстройства характерны при органических поражениях головного мозга.

Кома относится к самой тяжелой степени отключения сознания. Никакого контакта с больным нет. Реакция на внешние раздражители отсутствует.

Сопор — более мягкая, чем кома, степень отключения сознания. Имеет место небольшой физический контакт с человеком. Больные пребывают как бы в сильном сне. Обычные внешние раздражители на таких людей не оказывают влияние, лишь в ответ на болевые раздражители у человека появляются короткие движения, стон, гримаса боли, затем они снова впадают в свое прежнее состояние.

Оглушенное сознание сопровождается нарушением восприятий. При нем резко затрудняются реакции организ-

ма больного на внешние раздражители. Больные становятся похожи на людей, плохо слышащих и одурманенных. Они с большим трудом воспринимают окружающую действительность, не сразу дают ответы на поставленные вопросы. Зачастую больные никак не реагируют на слабые внешние раздражители и могут воспринимать только сильные. Ориентировка в реальности отсутствует. Продолжительность симптома может быть разнообразной. Были случаи оглушенности сознания в течение нескольких месяцев.

Для всех перечисленных форм нарушения сознания общая черта — отрешенность человека от окружающего его мира, потеря связи с реальностью.

4

Существуют *качественные формы* расстройства сознания, к которым относят:

- ☞ делирий — искажение сознания на фоне преобладания истинных галлюцинаций зрительной формы;
- ☞ онейроидное сознание — фантастическое и бредовое, сновидное искажение сознания;
- ☞ аментивное сознание — искажение сознания, преобладают функции речевого и двигательного возбуждения;
- ☞ сумеречное состояние — искажение сознания, при котором больной как бы видит только то, что перед глазами, не обращая внимания на весь окружающий мир. Одна из форм сумеречного состояния — сомнамбулизм («лунатизм»).

Расстройство самосознания (деперсонализация) — вид нарушения сознания, при котором больной испытывает чувство отчуждения психических процессов. Может иметь бредовую форму, форму депрессии, полное притупление чувств.

Растерянность — вид расстройства сознания. Больной мучительно не может понять собственное состояние. Оно осознается им как необъяснимое и необычное.

27. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ

1

Психические расстройства, которые возникают вследствие травмы головного мозга, отличаются большим разнообразием. Вместе с острыми расстройствами психики, которые развиваются сразу вслед за физическим повреждением мозга, существуют различные отдаленные проявления расстройства психики.

Непосредственный итог повреждения головного мозга — сильное расстройство сознания в форме комы либо сопора. Их продолжительность определяется степенью повреждения мозга. Как правило, при сотрясении головного мозга потеря сознания больного длится в пределах нескольких минут, однако известны случаи, в которых состояния комы длятся в течение более продолжительного времени. Чем больше по времени такое состояние, тем увереннее можно сделать вывод о том, что в результате травмы головы имела место совокупность сильного сотрясения головного мозга и одновременное повреждение поверхности его тканей. В дальнейшем, после исчезновения явлений оглушенности сознания (сопора или комы), часто обнаруживаются явные признаки онейроидного или делириозного состояния сознания.

2

Тяжелая форма проявления острого психического расстройства при черепно-мозговых травмах — это *корсаковский травматический синдром*. Возникает он либо сразу после первичной потери сознания, либо заменяет собой синдром оглушенности или делириозно-аментивный синдром. Типичными проявлениями корсаковского синдрома считаются: нарушения памяти, отсутствие ориентира в пространстве и во времени. У таких больных, как правило, выявляется ретроградная амнезия. По прошествии длительного времени у больного после различных травм головного мозга часто проявляются симптомы не-

врологического и психопатологического характера, что является отдаленным последствием травм головного мозга, к которым относят:

- ☑ травматическое слабоумие;
- ☑ травматическую энцефалопатию;
- ☑ травматическую эпилепсию;
- ☑ травматическую церебрастению.



Травматическая церебрастения проявляется в виде совокупности повышенных истощения и утомления, сопровождается сильной раздражительностью больного и взрывчатостью его поведения.

Травматическая энцефалопатия — это более тяжелая форма психического расстройства. Для нее типично проявление внезапной раздражительности и взрывчатости, потери самоконтроля, агрессивности и грубости. Астения при данном симптоме постоянна. Отчетливо выражены разнообразные психические расстройства, например снижение памяти, потеря или резкое снижение запаса старых знаний, тяжелое усвоение новой информации, бедность мышления и, как следствие, снижение интеллекта. При травматической энцефалопатии часто формируется маниакально-депрессивное состояние, а также параноидный синдром. Проявление обострения состояния травматической энцефалопатии, как правило, связано с влиянием различных негативных факторов (эмоциональных перенапряжений, инфекций, злоупотреблений алкоголем).

При *травматической эпилепсии* часто возникают эпилептоформные припадки как результат ограниченного поражения головного мозга. В отличие от эпилепсии истинной при эпилепсии травматической в целом не отмечаются какие-либо изменения личности в эпилептическом плане.

К основным показателям *травматического слабоумия* относится расстройство высших функций интеллекта (мышления).

При совершении преступления человеком в состоянии расстройства сознания и при последствиях травмы головного мозга такие граждане признаются *невменяемыми*.

28. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

1

Сифилис относится к инфекционным болезням, передаваемым, как правило, половым путем, вызывается бледной спирохетой. Длительное время это заболевание занимало первое место среди других инфекционных заболеваний, поражающих центральную нервную систему.

Сифилис мозга — отдельное заболевание мозга, которое характеризуется очаговостью проявлений болезни, что обуславливается изменением мозговых сосудов и оболочек мозга. Заражение мозга вирусом возникает не у каждого заболевшего сифилисом. Психические расстройства чаще проявляются в форме «сифилитической неврастении» на фоне астено-депрессивного симптома, сопровождаются снижением трудоспособности и частыми головными болями. В некоторых случаях расстройство психики может сопровождаться слабоумием.

В связи с отсутствием у большинства больных серьезных психопатологических изменений такие больные часто признаются вменяемыми и отвечают за совершенные ими преступления. Только в случаях формирования тяжелой формы слабоумия больной может быть признан *невменяемым*.

2

Прогрессивный паралич относится к тяжелым заболеваниям, которые развиваются, как правило, спустя 5—10 и более лет с момента заражения сифилисом. При данном заболевании изменяется как нервная система человека, и в первую очередь его головной мозг,

так и организм в целом. Прогрессивный паралич формируется только в тех случаях, когда не было проведено специфического противосифилитического лечения болезни либо оно было неполным. В ходе заболевания выделяют три основных стадии.

Первая стадия (неврастеническая, или предпаралитическая). На данном этапе появляются симптомы, похожие на неврастенические.

Вторая стадия — это период частых проявлений болезни. Происходит своеобразное огрубение человека, характеризующееся снижением у него чувства такта, нарушением социальной адаптации. Затем у больного формируется стойкое нарушение функций памяти. Человек становится не в состоянии решать простые арифметические задачи. У него проявляются расстройства мыслительного процесса. Настроение у больного обычно хорошее, но часто возникают бредовые идеи. Начинает проявляться основной симптом прогрессивного паралича — слабоумие.

Третья стадия (исходная, или марантическая) наступает, как правило, через 2 года — 5 лет с момента начала болезни. Для этой стадии характерны полный упадок психической деятельности, ярко выраженный маразм, беспомощность.

При кажущемся внешне нормальном поведении у больного могут быть большие психические отклонения с нарушением мышления. В связи с этим диагноз прогрессивного паралича, даже первой стадии, влечет неумяемость гражданина.



Энцефалит — заболевание, при котором происходит воспалительный процесс головного мозга. Он возникает под воздействием инфекций. Обычно энцефалиты формируются как осложнения при общих инфекционных болезнях, таких как сыпной тиф, грипп, и при различных интоксикациях (вторичные энцефалиты). Однако

энцефалит может проявиться и в результате поражения инфекцией непосредственно головного мозга (первичные энцефалиты).

Наиболее распространены клещевой и эпидемический первичные энцефалиты.

Источник заражения *эпидемическим энцефалитом* — фильтрующийся вирус. Распространителем данного вируса может служить носитель, больной, выздоравливающий. Вирус попадает в организм человека воздушно-капельным путем. Болезнь проявляется повышением температуры тела, болями в голове, рвотой, тошнотой, головокружением, может сопровождаться нарушением сознания с гипервозбуждением. К типичным симптомам болезни относится как постоянная бессонница, так и, в противоположность ей, повышенная сонливость.

Для острого периода характерен непрерывный сон. Он приобретает летаргическую окраску. Из-за этого эпидемический энцефалит также называют летаргическим или «сонной болезнью». В таком состоянии больной, как правило, не имеет возможности для совершения противоправных деяний, и острый период энцефалита эпидемического не служит предметом для проведения судебно-психиатрической экспертизы.

Следующая стадия заболевания — хроническая. Она наступает после периода улучшения или практически полного выздоровления, который длится иногда несколько лет. В данный период возникают разнообразные неврологические и психические нарушения. К ним относятся нарушения влечений, падение активности и различные изменения личности больных, которые определяют целостность судебно-психиатрического заключения. Зачастую у таких больных отмечается однообразие переживаний, застойность психики, расторможенность пищевых и половых инстинктов и другие нарушения, связанные с уменьшением контрольно-

регулирующей функции коры головного мозга. Данные отклонения психики у некоторых больных также сопровождаются резким снижением функций памяти и интеллектуального уровня.

Клещевой энцефалит в России встречается на территории лесных районов Урала, Сибири и Дальнего Востока. Возбудителем является вирус, который передается посредством укуса клеща. В первую очередь поражается головной мозг человека. В острой стадии клещевого энцефалита возникают разнообразные нарушения сознания, такие как делирий, оглушенное или сумеречное состояние. В дальнейшем больной находится в галлюцинаторно-параноидном состоянии. У него возникают бредовые идеи, мании отравления и преследования, появляются зрительно-слуховые галлюцинации. Также наблюдаются симптомы депрессивно-ипохондрического нарушения психического состояния. Расстройства эмоций проявляются в форме тоскливого или радостно-возбужденного настроения с крайней степенью расторможенности двигательных функций. Часто возникают и астенические состояния.

Судебно-психиатрическая экспертиза на острой стадии энцефалита, как правило, проводится редко. В первую очередь судебную психиатрию интересует состояние человека при отдаленных последствиях перенесенных заболеваний.

29. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

! **Атеросклероз** — это самостоятельное заболевание, имеющее хроническую форму течения, возникающее, как правило, у пожилых людей (старше 50—55 лет), однако наблюдаются случаи его возникновения и в раннем возрасте.



Атеросклероз сосудов головного мозга занимает третье место по распространенности среди общих сосудистых заболеваний (на первом месте атеросклероз коронарных сосудов, на втором — аорты). Психические расстройства при атеросклерозе головного мозга проявляются разнообразными психопатологическими синдромами, которые служат подтверждением закономерностей развития болезни. В соответствии с классификацией болезней различают три стадии атеросклероза сосудов головного мозга.



Первая стадия атеросклероза сосудов головного мозга — это неврозоподобные симптомы, которые проявляются в снижении трудоспособности, характеризуются быстрой утомляемостью, повышением раздражительности и слезливости. У таких больных происходит небольшое снижение функции памяти на события настоящего времени, возникают признаки рассеянности и истощаемости, появляются бессонница или, наоборот, сонливость, частые головные боли и головокружения. На этой стадии заболевания формируются колебания настроения с депрессивным синдромом. Неврозоподобные и сосудистые симптомы болезни легко развиваются на фоне общего переутомления, соматических нарушений и эмоциональных переживаний. Вместе с тем имеет место и улучшение состояния больного практически до полного выздоровления.



Вторая стадия заболевания характеризуется более сильными органическими изменениями психики. Принято выделять два вида психоорганического атеросклеротического синдрома:

- с поражением сосудов головного мозга в подкорковой области;
- преимущественными нарушениями сосудов коры головного мозга.

В последнем случае болезнь проявляется разнообразными психопатологическими синдромами, и в первую очередь изменением психических функций с ярко выраженным астеническим синдромом и расстройством интеллекта.

При кажущемся внешне нормальном состоянии личности, последовательности суждений и адекватных формах поведения у больного обнаруживаются сильное снижение функции памяти на события, происходящие в настоящее время, нарушения координации и ориентации. Формируются симптомы деменции. Для такого заболевания характерна истощаемость активности психической деятельности и быстрая утомляемость. Человек не может понять абстракцию, отличить главное от второстепенного, в речи таких больных преобладают излишние подробности. Возникают случаи специфического нарушения критики с правильной оценкой конкретных ситуаций. Такие особенности *небольшого слабоумия порой позволяют людям приспособляться к конкретным жизненным условиям.* Но в новой и сложной эмоционально травмирующей ситуации больные оказываются в тяжелом состоянии, при этом ярко обнаруживается интеллектуальный дефект.

Симптомокомплекс атеросклероза на первом этапе заболевания часто сопровождается различными нарушениями в эмоциональной сфере. Сначала преобладает переменчивое настроение с преимущественно депрессивным типом. При этом выявляются элементы реакции больного на нарастающее у него психическое нарушение. Затем возникает хорошее, радостное настроение, сочетающееся с приступами внезапного резкого гнева и раздражительности.

Частое эйфорическое настроение, как правило, является признаком глубокого слабоумия. Это состояние характеризуется как псевдопаралитический вид атеросклеротического слабоумия, при котором, кроме эйфории и различных расстройств функции памяти, также формируется неадекватное поведение больного с утратой им привычных реак-

ций на внешние раздражители и изменением особенности личности.

На этой стадии атеросклероза сосудов головного мозга практически у всех заболевших выявляются неврологические органические симптомы, нарушения вестибулярного аппарата, сосудистая патология глазного дна и признаки коронарного и общего атеросклероза сосудов. Возможно возникновение эпилептиформных припадков. Заболевание на этом периоде характеризуется своей стабильностью с относительно вялой динамикой. Ход заболевания сохраняет свою прогрессивную медленную форму, но иногда наблюдается острая недостаточность кровообращения сосудов головного мозга. После перенесенных церебральных кризов и мозговых кровоизлияний у больного формируется постапоплектическое слабоумие.



Третья стадия атеросклероза сосудов головного мозга характеризуется увеличивающимся ростом недостатка кровоснабжения сосудов головного мозга, что проявляется в сильных психопатологических расстройствах. На этой стадии заболевания ярко выражены неврологические симптомы, которые отражают очаг локализации заболевания. Присутствуют остаточные явления ранее перенесенных инсультов, проявляющиеся в форме речевых нарушений, расстройства двигательной сферы. Происходит рост симптомов деменции. У человека меняется восприятие, оно становится заторможенным, увеличивается истощаемость психических функций, происходит резкое снижение памяти. Частыми становятся приступы недержания аффекта, насильственного смеха или слезливости, снижается общий эмоциональный фон.

Речь у больных на данной стадии маловыразительна, словарный запас беден, сильно нарушена критика. Однако при такой форме атеросклеротического слабоумия сохраняются адекватные формы поведения. Для судебно-психи-

атрической практики важное значение имеют также диагностика и оценка постинсультного периода больного.



Психические расстройства острого периода *постинсультного состояния* характеризуются симптомами тошноты, головокружения, ощущениями давящих головных болей, неуверенной походкой. Для данного периода характерны расстройства сознания различной степени тяжести и продолжительности с выраженными неврологическими симптомами в форме парезов (параличей), расстройства речи. Иногда, в зависимости от места локализации кровоизлияния, неврологические и психические отклонения могут прийти в норму.

В других случаях остаются стабильные неврологические и психические нарушения с формированием в дальнейшем постинсультного *слабоумия*. Важное значение имеет периодичность нарушений кровообращения головного мозга, так как при повторных инсультах часто проявляются более сильные психические нарушения.

Церебральный атеросклероз часто служит причиной формирования реактивных состояний. Психогенные состояния больных с диагнозом церебральный атеросклероз чаще всего имеют место в первой и, значительно реже, — в последующих стадиях болезни.

Общие принципы формирования психогенных состояний, которые проявляются на фоне церебрального атеросклероза — совокупность и взаимосвязь «органического» и «психогенного» спектров симптомокомплекса. Органические симптомы отличаются стабильностью, а реактивная симптоматика, наоборот, подвержена частым колебаниям, которые связаны с изменением окружающей ситуации. В структуре бредовых идей у больных преобладают ложные воспоминания с мыслями о преследовании, ревности, нанесении ущерба.

При церебральном атеросклерозе возможны частые психозы. Для судебно-психиатрической практики большое

значение имеют психозы с галлюцинаторными и депрессивными параноидными симптомокомплексами.

Для дальнейшего хода болезни характерно формирование вербальных галлюцинаций, носящих порой угрожающе-оскорбляющий характер. Свойственные заболевшим церебральным атеросклерозом психозы протекают, как правило, с депрессивно-параноидными симптомокомплексами. Первый период болезни часто совпадает с влиянием внешних факторов. Для этого периода характерно ярко выраженное обострение заболевания церебральным атеросклерозом. В структуре бредовых идей преобладают депрессивные отклонения, бредовые идеи больного отличаются отсутствием системы и конкретности мышления.

Течение атеросклеротических психозов и их прогноз зависят, как правило, от прогрессивности церебрального атеросклероза.



Гипертоническая болезнь считается самостоятельным заболеванием. Нарушения психических функций могут носить как периодический, так и стабильный характер. В ходе заболевания выделяют две условные стадии.

Первая стадия заболевания — функциональная. Она характеризуется появлением неврастенических синдромов и их совокупностью с поверхностными проявлениями астении. На этой стадии отмечают быструю утомляемость, сильная раздражительность, ранимость, робость, неуверенность (нерешительность) и застенчивость. Эмоции, как правило, носят оттенок депрессии, часто с элементами неоправданной тревоги. Систематически возникают головные боли, которые локализуются, как правило, в затылочной области головы, тошнота, головокружение, бессонница, чувство разбитости при пробуждении. Днем часто возникает желание спать, появляется шум в ушах. Формируются первые признаки снижения памяти, преимущественно на

события текущего периода, после отдыха самочувствие больного улучшается, интеллектуальные способности восстанавливаются.

Вторая стадия заболевания — склеротическая. Характеризуется высоким артериальным давлением, которое становится постоянным. Имеют место патологические изменения артерий головного мозга. В дальнейшем гипертоническая болезнь протекает по общим закономерностям, характерным атеросклерозу сосудов головного мозга.

30. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

 В силу возрастных особенностей организма в пожилом возрасте формируются значительные изменения функций кровообращения головного мозга. Расстройства психического состояния человека, связанные с его возрастом, проявляются дифференцированно. В начале ухудшается скорость психических реакций, снижается способность воображения. Затем происходят нарушения при усвоении новой информации. С трудом вспоминаются необходимые сведения. Темп движения психических процессов замедляется, и решение задач требует все большего времени. В эмоциональной сфере характерными изменениями считаются смена настроения, чувство необъяснимой тревоги. Формируются склонность к торможению на негативных эмоциональных переживаниях, депрессивная форма настроения.

 Психические нарушения у лиц позднего возраста, как правило, проявляются в форме пограничных психических нарушений, аффективных и невротоподобных расстройств, заметными изменениями личностных ка-

честв и в форме значительно выраженных расстройств психических функций: слабоумия, нарушений памяти, возникновения бредовых идей, маний и др. Психические нарушения лиц преклонного возраста неразрывно связаны с атрофическими и дегенеративными изменениями головного мозга.

3

Болезнь Пика начинает развиваться в 50—60-летнем возрасте. Этиология заболевания мало изучена.

Признаками заболевания считаются прогрессирующие нарушения личности. Появляются апатия к окружающему миру, равнодушие и полное безразличие. Больные безынициативны, для любого действия им требуется побуждающий внешний стимул. Формируются глубокие расстройства функции памяти, мышления, появляется слабоумие без критического отношения к собственному состоянию. Характерными для данного заболевания являются «стоячие» симптомы, т.е. заикливание на одних и тех же предложениях и фразах. В дальнейшем развиваются неврологические нарушения.

4

Болезнь Альцгеймера развивается медленно. Заболевание встречается в возрасте 55—60 лет. Страдают заболеванием преимущественно лица женского пола. В гипотезе этиологии заболевания присутствует теория отклонения у больных хромосомного набора (21-й хромосома). Основной симптомокомплекс заболевания составляют общее слабоумие и прогрессирующая амнезия. Зачастую появляются бредовые идеи, мании преследования, отравления, ущерба, возникают зрительные галлюцинации, усиливающиеся, как правило, в темное время суток.

Старческое слабоумие — глубокое слабоумие с дополнительной симптоматикой нарушения интеллектуальных способностей и значительным снижением функции памяти.

Лица, страдающие перечисленными выше заболеваниями с ярко выраженными психическими нарушениями с

симптоматикой слабоумия и психотического состояния, признаются *недееспособными и невменяемыми*.

31. ТЕЧЕНИЕ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ПРИПАДКА. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СУМЕРЕЧНОГО ПОМРАЧЕНИЯ СОЗНАНИЯ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

! **Эпилепсия** — это нервно-психическое хроническое заболевание, характеризующееся резкими проявлениями в форме судорожных припадков и нарушений функций психики.



Наиболее явный симптом эпилепсии — резкая потеря сознания, сопровождающаяся сокращением мышц больного.

Существует две формы эпилепсии.

Первая форма — симптоматическая. При такой форме заболевания, как правило, имеется только один эпилептический симптом — судорожный припадок, что является признаком соматической болезни человека: сифилиса, травмы головы, отравления, опухоли и др. Нарушения психических функций, как правило, выражены слабо или их вовсе нет.

Вторая форма — генуинная. Считается самостоятельным заболеванием. Имеет несколько синонимов: истинная эпилепсия, первичная (эссенциальная) эпилепсия, эпилепсия неизвестного происхождения (криптогенная), самородная (идиопатическая) эпилепсия. Этиология болезни до конца не изучена. Как правило, генуинная эпилепсия возникает в детском возрасте. Такой вид эпилепсии имеет форму хронической, прогрессирующей и длительной болезни. Течение заболевания и прогноз в определенной степени зависят от силы припадков, их частоты и времени наступления судорожного состояния в течение суток. Чаще всего наблюдаются «большие» припадки, т.е. когда судорожное

состояние начинается внезапно после резкого отключения сознания. При этом человек может упасть, неосознанно причинив себе тяжелые физические травмы, даже с летальным исходом. Моментально происходит судорожное сокращение мышц. У некоторых больных появляется характерный крик, который является следствием спазма диафрагмы и дыхательной мускулатуры. Возможна полная остановка дыхания. Происходит расширение зрачков без реакции на свет, выделение пены изо рта, мочеиспускание. Часто больной прикусывает язык. По времени судорожное состояние продолжается не более 30 секунд. Далее происходит судорожный вдох, цвет лица изменяется с бледного на красный. Судороги нарастают и длятся, как правило, до двух минут, а затем происходит расслабление мышечной системы. После прохождения судорожной фазы у человека проявляются симптомы сильного помрачения сознания: больной полностью не реагирует на внешние раздражители. Такое состояние постепенно переходит в сон. При некоторых видах генуинной эпилепсии наблюдаются до 100 судорожных припадков в сутки.



Если больному в состоянии судорожного припадка не оказать своевременную помощь, то у него возможны отек мозга, остановка дыхания и сердечно-сосудистая недостаточность, что нередко приводит к летальному исходу. В некоторых случаях наступлению судорожного припадка предшествует общее изменение настроения больного, он становится агрессивнее и раздражительнее. Незадолго до появления синдрома судорог у больного отмечаются различные патологические явления, которые длятся, как правило, несколько секунд. Такие явления принято называть аурой. Аура проявляется у всех больных по-разному, но для каждого эти явления стереотипны. Больные могут ощущать жжения или онеменения в теле, ползание мурашек. Им видится сильный пожар, изменение окружающих предметов, людей, сооружений. В это время больные слышат шумы

различного характера: треск, мелодии, голоса, плач, зов о помощи и т.д. Аура часто сопровождается ощущением изменения размеров и форм своего тела и его отдельных частей, неприятными запахами и вкусами во рту. В отличие от судорожного припадка, аура не выпадает из памяти больного.



Сумеречные состояния больного характеризуются невозможностью им ориентироваться на местности, во времени и собственной личности. Такое состояние сопровождается *неправильным неадекватным поведением человека*. Сумеречное помрачение, которое проявляется уменьшением поля сознания, также порой сопровождается галлюцинаторными симптомами и бредом, что определяет психические отклонения в поведении больного. В структуре бредовых идей и галлюцинаций преобладают высказывания о преследовании, всеобщей и личной смерти. Реже встречаются слуховые галлюцинации, чаще — зрительные, которые окрашены в ярко-красные цвета и их оттенки, больные видят войны, насилия, убийства, казни и другие видения. Устрашающая форма бредовых идей и галлюцинаций взаимосвязана с состоянием ужаса, страха, злобной ярости.

В таком состоянии человек очень опасен для остальных людей. Больной может совершить убийство, поджог и другие преступления. Сумеречное помрачение может длиться до недели, иногда больше. Сумеречные состояния больной, как правило, не запоминает, а в его памяти остаются только болезненные эмоциональные переживания.

32. РАССТРОЙСТВА, ВЫЗВАННЫЕ ПРИЕМОМ АЛКОГОЛЯ



Алкоголь, или этиловый спирт — одно из самых распространенных веществ с наркотическим свой-

ством. Он оказывает пагубное влияние на психику человека, разрушая ее под воздействием наркотического яда.

Различают три степени острого алкогольного опьянения:

- 1) общее возбуждение;
- 2) угнетение функций центральной нервной системы;
- 3) сон и паралич основных функций центральной нервной системы.

В процессе алкогольного опьянения у больного меняется поведение, которое зависит от индивидуальных особенностей личности, его характера, уровня воспитания и привычек. Основным признаком воздействия алкогольного вещества на функции психики — постепенное изменение настроения, которое возникает уже на первой стадии. В начале опьянения настроение больного обычно улучшается, часто с оттенками эйфории, человек беспричинно весел. Однако настроение в таком состоянии нестабильно. Очень часто радостно-умиленное состояние быстро сменяется озлобленно-враждебным. Происходит увеличение сексуальных инстинктов. Алкоголь оказывает негативное влияние на интеллектуальную функцию человека, снижается скорость восприятия окружающей реальности, ухудшается логичность мыслительных процессов, концентрация внимания и функция памяти.

Больные в состоянии алкогольной интоксикации не воспринимают критические замечания в свой адрес. Сильные дозы алкоголя приводят к еще более неадекватному поведению, больные совершают нелепые поступки, у них нарушаются координация движений, дезориентация в пространстве и времени. Речь становится невнятной, с нелепыми громкими возгласами, плачем или смехом. Возможны приступы ярости и агрессии, которые зачастую имеют негативные последствия для самого больного. Проявляются признаки снижения личностной ориентации. Завершается алкогольная интоксикация оглушением сознания и сонливостью. У здорового человека при приеме небольшой дозы алкогольного продукта сознание, как правило, остается в норме. Сохраняются внут-

ренные связи и способность ориентации в пространстве и времени, функции памяти не нарушены.

 *Хронический алкоголизм* — это заболевание, характеризующееся сильным влечением и привыканием к употреблению алкоголя. Следствие заболевания — соматические и психические нарушения различной степени тяжести, на ранней стадии имеющие функциональный и обратимый характер, но впоследствии переходящие в состояние необратимого расстройства психики. Хронический алкоголизм формируется поэтапно, как правило, без резких видимых изменений как для себя, так и для окружающих. По времени этот период занимает до 10 лет.

В течении заболевания хроническим алкоголизмом выделяют три этапа.

 На *этапе психической зависимости* постепенно снижаются биологические защитные механизмы человеческого организма на превышение дозы алкоголя, происходит рост переносимости алкогольного продукта. Больной часто утрачивает контроль за объемом употребленного алкоголя, при больших дозах опьянения снижается функция памяти на происходящие события. Появляется стойкая зависимость от алкоголя, способность к комфортному психическому состоянию только в условиях опьянения. По продолжительности данный этап составляет до восьми лет.

 На *этапе физической зависимости* формируется похмельный (абстинентный) симптомокомплекс. В структуре последнего преобладает совокупность психопатологических, вегетативных и соматических расстройств.

На этом этапе развития болезни формируется достаточно стабильный уровень переносимости алкогольных веществ, близкий к максимально возможному. Больной полностью утрачивает контроль за объемом употребляемого

алкоголя. Влечение к алкоголю приобретает патологическую форму и становится сверхценной идеей для человека, меняющей весь образ его жизни. Фиксируется частичное отсутствие памяти на события, произошедшие в состоянии опьянения. У больного отчетливо проявляются изменения личности, его характера. Возникают сопутствующие болезненные изменения внутренних органов (как правило, печени) и нервной системы, наблюдается появление алкогольных психозов. На данном этапе хронического алкоголизма больные употребляют спиртные напитки суррогатного производства. Этот этап занимает около двух лет.



Этап алкогольной деградации личности. Заключение об алкогольной деградации строится на основе двух компонентов:

- 1) наличия симптомов снижения интеллекта, вплоть до слабоумия;
- 2) наличия симптомов этического и морально-нравственного дефекта поведения больного.

Физическая зависимость на данном этапе усиливается. Употребление спиртных веществ приобретает характер постоянных запоев. Больной непрерывно употребляет в течение трех-четырёх дней алкогольные вещества, затем следует кратковременный перерыв продолжительностью от 10 до 15 дней. Для человека в таком состоянии становится безразличным качество употребляемых алкогольных продуктов, что пагубно отражается на его общем здоровье и может привести к тяжёлым последствиям вплоть до летального исхода. Постоянные провалы в памяти. Больные становятся социально дезадаптированными, теряют постоянное место работы, уходят из семьи. Все интересы такого человека направлены лишь на удовлетворение своей потребности в потреблении алкоголя. Часто развивается синдром деменции, больной становится бесшабашным, злым либо, наоборот, — безразличным и вялым. На поздних стадиях у больных ярко проявляются нарушения интеллектуальных

возможностей, увеличиваются осложнения сопутствующих заболеваний нервной системы и внутренних органов, отчетливее выявляются алкогольные психозы, наиболее распространенный из которых — белая горячка (алкогольный делирий). Данный синдром возникает на третий-четвертый день после полного прекращения приема алкоголя и характеризуется расстройством восприятия в виде галлюцинаций различного типа (слуховых, зрительных и др.) на фоне практически полной дезориентации во времени и пространстве.



В структуре зрительных галлюцинаций при *белой горячке* преобладают животные, насекомые, нити, искры, нереальные чудовища и т.д. Причем все объекты галлюцинации находятся в движении. Возможно сочетание галлюцинаций, когда больной, например, не только видит объект, но и слышит его. В таком состоянии человек проявляет большое беспокойство, ему тяжело усидеть на месте. Больные мало разговаривают, смысл их разговоров сводится к бредовой идее и напрямую связан с галлюцинациями. Протекает белая горячка в острой форме. Больные выходят из такого состояния через глубокий сон с частичной потерей памяти. Острое проявление алкогольного галлюциноза может проявляться аффектом страха и бредовым состоянием, при этом сознание больного не нарушается. Вначале больному кажутся тихие шумы и шепот, усиливающиеся со временем так, что больной может разобрать, что речь идет о нем и, как правило, от третьего лица. Больной слышит их, словно находясь по другую сторону стены от них. Если галлюцинации носят императивный характер, то больные на их фоне могут совершать противоправные деяния. Часто формируются психозы алкогольного ревностного бреда, происходит снижение сексуального влечения. Больные безосновательно ревнуют своего супруга (супругу) к любому другому человеку. Вслед за ревностным бредом появляется мания преследования и уничтожения.

Психические нарушения при хроническом алкоголизме не лишают больных, совершивших противоправные деяния, способности осознавать свои действия и руководить ими. *Такие лица признаются вменяемыми.* Исключение составляют только случаи совокупности хронического алкоголизма и атеросклероза сосудов головного мозга с ярко выраженным алкогольным слабоумием.

33. НАРКОМАНИЯ И ТОКСИКОМАНИЯ. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА

1 *Наркомания* считается самостоятельным хроническим заболеванием, для которого характерны психическая и физическая зависимости от употребления психоактивных наркотических веществ с формированием нарушений психической деятельности. В крайне неблагоприятном варианте наступает полная деградация личности.

Наркотические вещества *по воздействию на человека* подразделяют на три категории:

- 1) наркотические вещества седативного (успокаивающего) действия;
- 2) возбуждающего действия;
- 3) которые создают в сознании больного фантастические иллюзии с искажением реальной действительности.

Действие наркотиков на организм человека, в особенности на нервную систему, во многом схоже с действием алкогольных веществ.

2 Основные *факторы* возникновения и развития наркомании:

- стремление к максимально радостному и беззаботному состоянию — эйфории;
- преобладание в применении одного наркотика;
- систематичность в приеме наркотических средств;

- ☑ снижение первоначального эффекта наркотика и, соответственно, увеличение дозы употребления вещества.

Основной *симптомокомплекс*:

- ☞ возникает синдром привыкания к дозе наркотических и токсических средств, требующий увеличения объема принимаемого вещества, происходит отключение защитных механизмов организма на передозировку;
- ☞ формируется синдром патологического влечения больного к психоактивному или наркотическому веществам. Больной может достичь комфортного психического состояния только при условии их употребления;
- ☞ появляется симптомокомплекс физической зависимости человека, который характеризуется абстинентным синдромом, достижением комфортного физического состояния лишь при интоксикации;
- ☞ постепенно образуется синдром патологического изменения личности человека, формируются симптомы социальной дезадаптации и ярко выраженной деградации и другие, специфические для каждой группы препаратов признаки.

3

Лица, совершившие преступления в состоянии наркотического и токсического опьянения, должны отвечать за свои деяния, так как наркоманы часто причиняют ущерб окружающим их людям. Законодательством предусмотрена по необходимости возможность устанавливать *ограниченную дееспособность* таких граждан. Таким лицам на основании решения суда могут быть назначены попечители. После прекращения употребления наркотических и психоактивных средств, и также в судебном порядке, ограничение дееспособности может быть отменено. Помимо ограничения дееспособности возможно применение к

наркоманам иных мер, к примеру, *ограничение родительских прав*. Если у наркомана ярко выражены психопатические нарушения, произошла очевидная деградация личности, полностью исключающая способность больного осознавать значение своих поступков и руководить ими, то такой человек может быть в судебном порядке признан *недееспособным*. Решением суда ему назначается опекун. Все правовые действия, совершенные наркоманами в состоянии расстройства психики, признаются судом недействительными.

34. ШИЗОФРЕНИЯ: ФОРМЫ И ТИПЫ ТЕЧЕНИЯ. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА

! Шизофрения — самостоятельное заболевание, имеющее тенденцию к непрерывному приступообразному хроническому течению.

1 Результатом заболевания становятся личностные изменения больного, проявляющиеся в виде упадка энергетического потенциала человека и снижения эмоциональной активности. Также у больных отмечается широкая общая симптоматика, относящаяся к психическим заболеваниям (галлюцинации, бред, депрессивные состояния, мании, расстройства психо- и невротоподобного характера). В ходе болезни появляется отсутствие последовательного мышления, снижаются эмоции, ухудшается моторика. Этиология заболевания малоизвестна. На уровне гипотез существуют несколько причин развития заболевания: изменения целостности частей головного мозга, наследственная предрасположенность, изменения крови по группе и составу, присутствие особого вируса, нарушения в гормональном плане и др.

Это психическое заболевание характеризуется широким спектром симптомов и клинических проявлений как на

ранней стадии возникновения шизофрении, так и в дальнейшем. Возможны и различные последствия болезни. Это и небольшие личностные изменения, сильно не влияющие на социальную адаптацию и работоспособность человека, и серьезные нарушения, при которых больные постоянно должны проходить лечение в стационарных условиях. Такие различия определяются формой болезни, возрастом больного, степенью тяжести. В наиболее тяжелой форме формируется болезнь, начавшаяся в детском и подростковом возрасте. Значительно легче переносится заболевание в пожилом возрасте.



По наличию приступов существуют *две формы заболевания:*

- 1) шизофрения с приступообразным течением;
- 2) с непрерывным течением.

При *непрерывной форме* развития шизофрении процесс заболевания протекает достаточно быстро и в течение одного года — двух лет приводит к ярко выраженным изменениям личности.

Приступообразная форма шизофрении сопровождается колебаниями психических расстройств человека со светлыми промежутками. Под термином «светлый промежуток» необходимо понимать полное или частичное исчезновение симптомов болезни. Данное состояние наступает по причине закономерностей развития болезни. В некоторых случаях у больного бывает только один приступ. Причины количества приступов и закономерности их чередования пока не установлены. После второго (третьего) болезненного приступа возможен переход заболевания в хроническую стадию. Чем дольше по времени протекает период ремиссии, тем меньше в дальнейшем оснований для опасений, что болезнь примет тяжелую форму. Однако сам факт ремиссии не означает остановку формирования болезни, независимо от наличия или отсутствия приступов заболевания оно является пожизненным и хроническим.

В дальнейшем формируется так называемый *шизофренический дефект*, характерная особенность которого — расщепление мышления больного. При этом прежняя информация больным длительное время не утрачивается, расстройств функции памяти не обнаруживается. Однако появляется притупление эмоциональных свойств личности, снижение интереса к окружающей действительности. Происходит преобладание распада функций психики. Работоспособность у больного шизофренией может быть абсолютной разной: от полной сохранности своих трудовых функций до установления инвалидности без возможности выполнения какой бы то ни было работы.



Выделяют *четыре* условных *типа* шизофрении:

- 1) простой;
- 2) гебефренический;
- 3) параноидный;
- 4) кататонический.

Такая классификация хоть и условна, однако позволяет сопоставить присутствие различных симптомов данного заболевания.



Простой тип шизофрении. Для него свойствен рост основных признаков психического заболевания. У больного снижается общий эмоциональный фон, появляется неадекватность эмоций, возникают апатия, интеллектуальные расстройства и аутизм. Такая форма болезни характерна, как правило, для лиц молодого возраста. Развитие болезни носит медленный характер. Человек становится безучастным к происходящему, вялым, постепенно утрачивает интерес к увлечениям, работе, знакомым, стремится к одиночеству, значительную часть времени находится в постели, перестает следить за своим внешним видом и др. Внешне он становится похож на человека неряшливого и не больного. У таких людей часто

формируется негативное отношение к окружающим их родственникам и знакомым. Снижается способность логического мышления. Больные по несколько раз изучают новую для них информацию, чтобы понять ее смысл, жалуются на отсутствие мыслей. Галлюцинаций и бредовых идей при такой форме заболевания, как правило, нет либо они слабо выражены. Заболевание протекает в непрерывной форме с постоянным усилением клинических симптомов. Иногда возможно оживление активности психической деятельности. Заканчивается такое заболевание, как правило, дефектом личности и полной социальной дезадаптацией.



Гебефренический тип шизофрении относится к крайне злокачественной форме болезни. Встречается чаще всего в юношеском возрасте. Симптоматика заболевания схожа на начальном этапе с признаками простой шизофрении. Основное место занимают снижение эмоциональных проявлений и волевые расстройства. Однако помимо признаков, характерных для простой шизофрении, обнаруживается и специфическая симптоматика. У больного преобладает нелепое, не свойственное ему ранее поведение. Появляются гримасы, дурковатость. Заболевших перестает интересовать то, что раньше для них имело значение. Они становятся абсолютно нетрудоспособны для любой работы. Возможно кратковременное появление бредовых идей, маний преследования и величия, отдельных галлюцинаций. Прогноз данного типа шизофрении неблагоприятен. Через небольшой промежуток времени от начала заболевания у больных формируется стойкий дефект личности.



Параноидный тип шизофрении — один из самых распространенных типов шизофрении. Клинические проявления ярко выражены бредовыми идеями. Содержание бреда может иметь любую форму. Наиболее распространен бред отравления, преследования, физическо-

го воздействия, ипохондрический. Значительно чаще появляются галлюцинации. Большинство галлюцинаций — слуховые, императивного характера, но не исключены зрительные и тактильные галлюцинаторные переживания. Галлюцинации и бредовые идеи определяют дальнейшее поведение больного. В связи с этим данный тип шизофрении носит также название галлюцитарно-бредового. Возникает параноидная форма чаще всего в возрасте 30—40 лет. В исключительных случаях признаки параноидного типа шизофрении можно обнаружить в подростковом возрасте. Бред отношения проявляется в необоснованных жалобах больных на отсутствие к ним должного внимания со стороны окружающих их лиц. Им кажется, что все вокруг насмеяются над ними, пытаются их оскорбить. Бред преследования характеризуется утверждениями больных о наличии вокруг них большого числа врагов, шпионов и других лиц, вплоть до утверждений о специально созданной организации, занимающейся их преследованием. При наличии бреда физического воздействия нездоровые люди рассказывают о технических средствах, оказывающих негативное воздействие на их здоровье.

Для всех больных характерно чувство утраты своих эмоциональных переживаний. Они как бы уже не принадлежат себе, не могут отвечать за свои действия и поступки, так как все они — следствие выполнения чужей-то воли.

Часто возникает и бред отравления. Больные отказываются есть, постоянно жалуются на яд, подложенный в их пищу.

Ипохондрический бред проявляется в виде рассказов больных об изменении (атрофировании) их внутренних органов, наличии у них несуществующих неизлечимых заболеваний, уродстве частей тела. Ипохондрический бред сопровождается депрессивным состоянием, признаки шизофрении постепенно усиливаются.

Бывают случаи сокрытия больными от окружающих своих эмоциональных переживаний, причем больными, внешне никак не проявляющими свое болезненное состояние. Итогом заболевания становится дефект личности. Прогноз лечения положителен, в особенности если лечение начато на ранней стадии болезни.



Кататонический тип шизофрении проявляется в нарушениях двигательных функций организма. Характерная особенность этого типа — двигательные нарушения, проявляющиеся в форме кататонического возбуждения. Возможна различная степень ступора, полное отсутствие движения больного. Чаще всего кататоническое возбуждение приходит внезапно и характеризуется определенными признаками, такими как непоследовательное и хаотичное перемещение больных, носящее характер импульсивности. Зачастую возникает стереотипная речь, т.е. многократные повторы одних и тех же фраз. В момент сильного речевого возбуждения больные часто выкрикивают разные фразы, слова и предложения без их видимой взаимосвязи. Часто заболевшие копируют движения и речь присутствующих. Возбуждение порой меняется на двигательную неактивность. Уровень заторможенности двигательных функций у всех больных отличается друг от друга. Некоторым свойственна замедленность движений, другим — ограничение их количества, в крайних случаях — полное отсутствие движений, что является следствием наступившего кататонического ступора. Человек в таком состоянии может принимать любые положения. Изменить позу таких больных либо не удастся вовсе, либо, напротив, больные беспрепятственно дают возможность манипулировать своим телом. На вопросы такие больные, как правило, не отвечают, проявляя симптом мутизма. Довольно частый симптом кататонической шизофрении — парадоксальный негативизм. Он часто служит причиной, по которой больные отказываются принимать пищу.

В настоящее время также актуальна следующая классификация шизофрении *по форме течения* заболевания:

- ☑ непрерывная;
- ☑ приступообразно-прогредиентная;
- ☑ рекуррентная.

Выделяют отдельные формы:

- ☞ фебрильную шизофрению;
- ☞ малопрогредиентную;
- ☞ паранойальную;
- ☞ латентную.

Все перечисленные формы заболевания имеют свои характерные особенности, характеризующиеся уровнем прогредиентности. Однако во всех случаях сохраняются общие черты шизофрении.

Больные шизофренией чаще признаются *невменяемыми*. Наиболее ответственный шаг — оценка судебно-психиатрической экспертизой состояния больного вялотекущего типа заболевания. Здесь важно не путать прогрессирующие изменения личности и характерологические особенности человека. Наибольшую опасность для окружающих представляют люди, у которых внезапно возникают фазы обострения психического расстройства, и лица с параноидным синдромом. В таком состоянии они могут совершать убийства и другие преступления. Однако и в период ремиссии больные шизофренией, как правило, признаются *невменяемыми*.

35. МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА

! Под термином «маниакально-депрессивного заболевания» или «маниакально-депрессивного психоза» следует понимать группу выраженных психических нарушений, главным симптомом которых служит пониженное либо повышенное настроение.

1

Маниакально-депрессивный психоз (МДП), как правило, относят к группе эндогенных психозов. Причины возникновения и формирования болезни не выяснены. По результатам многочисленных исследований предполагается отсутствие у данной болезни этиологической однородности. Прогноз при МДП, в отличие от шизофрении, более благоприятен.

Женщины подвержены маниакально-депрессивным заболеваниям в 3—5 раз больше, чем лица мужского пола. Заболевание возникает или в молодом возрасте, или в возрасте 35—55 лет.

2

МДП условно подразделяют:

- ☑ на биполярный тип (МДП в узком смысле);
- ☑ монополярный тип (монополярный депрессивный или монополярный маниакальный психоз).

По этиологии заболевания *биполярный тип* МДП можно отнести к самостоятельной группе заболеваний.

МДП протекает в форме часто повторяющихся фаз депрессивного и маниакального состояния. В течении заболевания возможны следующие варианты:

- ☑ смена приступов и светлых промежутков;
- ☑ состояние ремиссии возникает после совокупности депрессивного и маниакального приступов, фазы маниакального и депрессивного состояния чередуются одна за другой, светлые промежутки отсутствуют.

У некоторых больных наблюдаются либо маниакальные, либо депрессивные фазы. Главная особенность МДП — прямая зависимость начала очередной фазы заболевания от времени года. Как правило, фазы психозов начинаются в межсезонный период, иногда весной, но чаще осенью. Данная особенность сопоставима с общим проявлением изменения настроения в это время года. Динамика смены фаз для каждого больного индивидуальна.



Психопатологические особенности МПД проявляются следующими характерными *расстройствами*:

- ✓ сменой настроения;
- ✓ колебаниями скорости психических процессов;
- ✓ изменением волевой деятельности;
- ✓ искажением мышления;
- ✓ расстройством психомоторных функций;
- ✓ соматическими нарушениями.

Депрессивные и маниакальные психозы отличаются друг от друга противоположными симптоматическими признаками. При *мании* происходит патологическое повышение энергетического потенциала, при *депрессии*, наоборот, — его снижение. На основании этого в маниакально-депрессивной болезни выделяют эндогенно-маниакальный и эндогенно-депрессивный симптомокомплексы. Светлые промежутки являются состоянием практически здорового человека. В таком состоянии больные полностью возвращаются к прежней, нормальной жизни, и их поведение ничем не отличается от поведения здоровых людей. Снижения общего интеллектуального уровня и личностных изменений нет, несмотря на количество и степень тяжести приступов.

36. ПРОИСХОЖДЕНИЕ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ. КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХОПАТИЙ. СУДЕБНО- ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА



Стабильная аномалия личности с расстройством эмоциональной и волевой сферы, с симптомами аффективно-го мышления носит название **психопатии**.



Особенности психопатии проявляются еще в детском возрасте и в дальнейшем сохраняются до конца жизни. Они определяют поведение и характероло-

гическую структуру личности больного и препятствуют его нормальной социальной адаптации.

Диагностические показатели психопатии:

- ☑ тотальность нарушений характерологических особенностей человека;
- ☑ стойкость данных нарушений;
- ☑ социальная дезадаптация.

Больных со стабильной аномалией личности принято называть психопатами. У данного человека ярко выражены отклонения по темпераменту и характеру личности. Интеллектуальные способности психопата со временем не снижаются. В этиологии заболевания ведущая роль принадлежит врожденным и наследственным факторам, развивающимся на фоне неправильного воспитания.

2

Классификация психопатий по специфике происхождения:

- ☞ ядерная психопатия (врожденная);
- ☞ органическая психопатия (результат заболеваний и травм);
- ☞ краевая психопатия (неблагоприятные условия).

Существуют также следующие основные *формы* психопатий:

- ☞ возбудимая;
- ☞ паранойяльная;
- ☞ истерическая;
- ☞ неустойчивая;
- ☞ тормозная астеническая;
- ☞ шизоидная.

3

Возбудимая психопатия распространена наиболее часто. Основные особенности возбудимой психопатии — раздражительность, переменчивое настроение, преобладание в поведении больного аффективного состояния, гнева, злобы, агрессии к окружающим их лю-

дям и предметам. Часто больные возбудимой психопатией в раздраженном состоянии могут ломать окружающие их предметы и наносить вред себе или другим людям. Психопаты проявляют признаки крайнего неудовлетворения окружающей их действительностью, плохо воспринимают критику, часто переоценивают свои реальные возможности и способности. Люди, страдающие возбудимой психопатией, в чертах характера проявляют обидчивость, мнительность, злопамятство, придирчивость и т.д. У некоторых больных формируется патологическое упрямство. Им тяжело ужиться в коллективах и приходится часто менять место работы.

Существуют различные варианты проявления возбудимой психопатии. У некоторых проявляются эпилептоидные черты характера, они становятся аккуратными до педантизма, льстивыми, жестокими и злопамятными. Другим больным свойственны истерические черты характера, проявляющиеся в виде театральности, эмоциональной несдержанности и желании фантазировать. Аффективные внезапные взрывы у больных так же быстро заканчиваются. Такие психопаты плохо уживаются с окружающими их людьми, часто очень подозрительны, бывают придирчивы в семье. Их характерная особенность — сильные колебания настроения и аффективная напряженность с приступами дисфории. Часто их влечет к алкогольным и наркотическим веществам, неадекватному аморальному поведению. Больные возбудимой психопатией, как правило, всегда признаются *вменяемыми*.



Паранойяльная психопатия — это сложная форма психопатии, при которой больные постоянно проявляют свою подозрительность, недоверие и склонность к формированию сверхценных идей. Эти симптомы оказывают основополагающее влияние на их поведение. Такого человека трудно переубедить в его идеях и высказываниях. В целом паранойяльные психопаты прямолиней-

ны в суждениях, упрямы, часто переоценивают свои возможности. Они склонны к лидерству, эгоистичны, агрессивны, бескомпромиссны. К окружающим относятся с недоверием. Находясь в обороне, сразу переходят к нападению. Считают себя несправедливо обиженными и всеми способами пытаются «восстановить справедливость».



Истерическая психопатия — достаточно распространенный вид психопатии. Больные с таким заболеванием живут выразительной и яркой эмоциональной жизнью. Их характерная особенность — эгоцентризм. Они стремятся привлечь к себе как можно больше внимания, используя для этого яркую внешность, модную одежду. Разговорная речь преобладает оригинально-поверхностными высказываниями. Поведение таких людей всегда демонстративно. У психопата может быть высокий интеллектуальный уровень, позволяющий ему добиться хороших успехов, особенно в творческой сфере. Из-за постоянной смены чувств он часто меняет свое мнение на противоположное, часто склонен к лживости и хвастовству, имеет способность убедительно говорить о фантазиях. Часто эмоциональные переживания настолько велики, что психопат сам начинает убеждаться в их достоверности. Больные истерической психопатией часто сентиментальны. Они легко внушаемы (вплоть до самовнушения) и очень впечатлительны. Как правило, такие больные не способны к работе, требующей усидчивости, не удовлетворены своим общественным положением, в неудачах винят окружающих.

Истерическим психопатам свойственны психическая незрелость и инфантилизм. Они не способны к длительному напряжению волевых качеств, что не позволяет им добиваться успехов. Их эмоциональные реакции на происходящие события порой неадекватны. Происходят частые смены настроения. Личностям с истерической психопатией свойственен «художественный» образ мысли. Их высказывания часто противоречивы. Такие лица всегда стремятся быть в центре внимания, проявляют склонность к легкомыс-

ленным и авантюрным поступкам. Возможны истерические срывы в виде бурных проявлений эмоций. Крайне редки случаи наступления у истерических психопатов летаргии, т.е. угнетения функций всех жизненных органов.



Для судебно-психиатрической экспертизы важно внимательное наблюдение за истерическими психопатами. Такие люди всегда признаются *вменяемыми* и должны отвечать за свои правонарушения. В ходе судебно-следственных мероприятий важно учитывать склонность истерических психопатов к фантазированию и приписыванию себе несовершенных преступлений.



Неустойчивая психопатия характеризуется нестабильностью интересов, постоянной сменой настроения, когда больные бросаются «из крайности в крайность». Лиц, больных неустойчивой психопатией, относят к реактивно-лабильным психопатам. Эти люди слабохарактерны, без собственных принципов, легко внушаемы, неаккуратны и ленивы. Не выносят находиться в одиночестве, но и не имеют друзей. Часто врут окружающим. Сожалеют о неблагоприятных поступках, легко раскаиваются в них, но также быстро забывают о своих словах. В целом необидчивы и нераздражительно. Легко прощают окружающих. Не способны к прогнозированию результатов действий. Часто необоснованно меняют образ жизни, работу, место жительства, становятся хроническими алкоголиками. У таких больных формируется тоскливо-угнетающее настроение, появляется гнев, что считается особенностью поведения людей с неустойчивой психопатией. Заметно снижен порог выносливости. Лица с неустойчивой психопатией чаще представляют угрозу себе, чем окружающим. Имеют склонность к суициду. Такие люди требуют постоянного контроля.

Только при сильных и частых сменах настроения неустойчивые психопаты могут быть в судебном порядке признаны *невменяемыми*. Лица с неустойчивой психопатией

часто попадают под чужое влияние, могут пристраститься к наркотикам и алкогольным веществам.



8 *Астеническая психопатия* характерна для лиц со сниженной функцией нервных процессов. Такие люди, как правило, имеют низкую работоспособность и слабо развитую нервную систему. Астенические психопаты беспомощны, вялы, инертны, педантичны, мнительны, плохо воспринимают критику, часто сомневаются в своих поступках, предрасположены к суициду. В целом они нерешительны и застенчивы, но иногда проявляют агрессию, имеют, как правило, тоскливое настроение и тревожно-мнительный характер, пугливы, их пугает все новое, часто сомневаются, в себе не уверены. У них повышена склонность к самоконтролю и самоанализу, они чрезмерно аккуратны, мечтательны. Астеническая психопатия часто сопровождается нарушениями в сексуальной сфере. У таких людей повышенная предрасположенность к гомосексуализму, фетишизму, садомазохизму, эксгибиционизму и другим извращениям. Чаще всего при совершении противоправных действий лица, страдающие астенической психопатией, признаются *вменяемыми*, так как способны понимать смысл и опасность своих поступков и правильно руководить своими действиями.



9 Невменяемые психопаты, как правило, направляются на принудительное лечение в психиатрические клиники, а представляющие серьезную опасность для окружающих — в стационарные психиатрические учреждения специализированного типа. Паранойяльные и возбудимые психопаты тоже проходят принудительное лечение. Астенические психопаты в силу их невысокой опасности для окружающих могут проходить лечение амбулаторно. Лица, страдающие даже ярко выраженной психопатией, всегда остаются *дееспособными*. Исключения могут составлять больные с крайней формой паранойяльной психопатии.

37. ОЛИГОФРЕНИЯ: ПОНЯТИЕ, ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ, ФОРМЫ (СТЕПЕНИ). ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

! **Олигофрения** — самостоятельное психическое заболевание.

1 Может иметь врожденную либо приобретенную форму. Проявляется в раннем детстве в виде стойкого патологического состояния, снижения интеллектуального развития, в дальнейшем ведущего к социальной дезадаптации больного.

Классификация олигофрении *по причинам ее возникновения*:

- ☛ олигофрения, имеющая эндогенную природу возникновения;
- ☛ олигофрения внутриутробного формирования;
- ☛ олигофрения как причина постнатальных факторов.

2 Олигофрения, имеющая *эндогенную природу возникновения*, формируется по причине недоразвития генеративных родительских клеток или отягощения наследственностью.

При *синдроме Дауна* изменяется число хромосом, вместо нормальных 46 их становится 47. Интеллектуальные нарушения при данном заболевании чаще всего характеризуются имбецильностью, в меньшей степени идиотией либо дебильностью. Особенности внешнего вида больных синдромом Дауна: участки депигментации на радужной оболочке глаз, широкое и круглое лицо с неестественным румянцем, разрез глаз косой формы, нос, верхняя челюсть, рот маленькие, верхняя губа и язык большие. У таких людей толстые и короткие пальцы рук, маленькая окружность головы с приплюснутым затылком, часто отмечаются и дефекты развития внутренних органов больного.

Фенилкетонурия характеризуется нарушениями функций переработки вещества фенилаланина в вещество ти-

розин. Из-за переизбытка фенилаланина в организме больного образуется большое количество фенилсоставляющих кислот. Лечение проводится в виде специфической длительной диеты, полностью исключающей фенилаланин, что служит предупреждением развития нарушений в интеллектуальной сфере.

Энзимопатическая олигофрения характеризуется врожденными расстройствами обмена веществ, причиной которых служит ферментативная недостаточность наследственной формы.

Истинная микроцефалия (малоголовость) основывается на недоразвитости головного мозга человека, в особенности больших полушарий и преимущественно их лобных долей. Слабоумие проявляется при истинной микроцефалии в форме идиотии с достаточно правильно развитой эмоциональной сферой.



Олигофрения *внутриутробного формирования* появляется из-за внутриутробного воздействия разнообразных негативных факторов, таких как интоксикации, вирусные инфекции и т.д. К данному виду заболевания относят следующие:

- ☑ эмбриопатия — возникает под воздействием перенесенных матерью во время беременности вирусных инфекций, таких как грипп, гепатит, коревая краснуха и др.;
- ☑ рubeолярная эмбриопатия — самая распространенная форма данного заболевания. Характеризуется ярко выраженной умственной отсталостью в форме идиотии. Сюда также относятся формы олигофрении, причиной которых является токсоплазмоз матери. При заражении беременной женщины на ранней стадии зародыш обычно погибает, при позднем токсоплазмозе ребенок рождается с олигофренией.

Олигофрения также может развиваться при гемолитических нарушениях плода из-за конфликта резус-фактора матери и ребенка. При рождении такого ребенка для устранения токсикоза ему необходимо незамедлительное переливание крови.

Олигофрения как *причина постнатальных факторов* формируется на фоне родовой травмы, асфиксии, ранних травм головы, различных ранних инфекционных заболеваний. По тяжести проявления заболевания в дальнейшем возможны три формы интеллектуального недоразвития: имбецильность, идиотия или дебильность.

4 Характерные психические особенности при олигофрении — нарушения интеллектуального развития человека. Дети с таким заболеванием отстают от сверстников в развитии, позже начинают говорить и ходить, у них снижена координация движения. Внешний вид характерен непропорционально развитым телосложением, очень маленьким или, наоборот, крайне большим черепом, асимметрией лица. Мыслительный процесс имеет отклонения различной степени тяжести и зависит от вида олигофрении. Практически отсутствует аналитическая способность мышления. Эмоциональная сфера неполноценна и наполнена низшими эмоциями. Волевые функции больных характеризуются элементарными влечениями. Такие лица не способны к целенаправленной деятельности. Особенности психических расстройств отличаются высокой степенью стабильности.

Идиотия — самая тяжелая степень заболевания. Нет возможности для развития элементарных навыков самообслуживания. Ярко выражена физическая недоразвитость. Часто такие больные не ходят, а только ползают. Речь у них не развита или развита крайне примитивно. Больные в степени идиотии дезориентированы, взгляд не останавливается на движущихся объектах. Они реагируют лишь на сильные внешние болевые раздражители. У них присутствуют только низшие психические функции. К негативным раз-

дражающим факторам они проявляют свои эмоции в форме рычания, визга. Поведение больных носит бессмысленный и часто импульсивный характер, доходящий до агрессивного состояния при голоде. Такие лица имеют повышенный аппетит, но не отличают несъедобные предметы от съедобных продуктов, поэтому часто болеют заболеваниями желудочно-кишечного тракта. При средней степени идиотии у больных появляется элементарная речь. Они становятся способными узнавать окружающих. Однако больные в любой степени идиотии полностью неспособны к самостоятельной жизни. По уровню своего развития такие лица не имеют возможности совершения преступлений, но могут сами стать их жертвами.



Имбецильность — более мягкая после идиотии степень умственного нарушения больных олигофренией. Имбецилы практически всегда имеют отставание в физическом развитии, однако способны говорить и ходить. Они обладают элементарной речью, словарный запас крайне беден и содержит около 500 слов. Мысли они излагают примитивно, общий объем усвоенной ими информации очень мал. У больных отсутствует абстрактное мышление, часто проявляются избирательные способности, в основном связанные с запоминанием цифр, предметов, мелодий и других фактов. Больные проходят обучение в специализированных учебных заведениях. Они могут научиться элементарному счету и письму, а также способны освоить простейшие жизненные функции, выполнять элементарную работу. Лица данной степени олигофрении не могут понять переносный смысл и шутки. Они очень доверчивы и легко внушаемы, за ними требуется постоянный контроль.



Дебильность — самая легкая степень отставания в умственном развитии. Как правило, у таких лиц отсутствуют какие-либо заметные изменения в строении тела и форме черепа. Движения грубоваты. Такие лица

обладают элементарным мыслительным процессом, с трудом понимают абстракцию. Память носит механический характер. Могут обладать специфическими способностями, например к рисованию. Усваивают элементарные трудовые функции.

Для судебно-психиатрической экспертизы важны нарушения волевых функций лиц с дебильностью. Часто таких людей используют из-за их повышенной внушаемости.



Классификация дебилов и имбецилов по внешне проявляющимся особенностям:

- ☛ гиподинамический тип (характерная вялость, апатия, безразличие к окружающим, медлительность);
- ☛ гипердинамический тип (повышенная возбудимость, раздражительность, подвижность, пищевое и сексуальное влечение).

Олигофрены гиподинамического типа, как правило, не опасны для окружающих, нуждаются в постоянном уходе и контроле. Олигофрены гипердинамического типа зачастую представляют опасность для общества, нуждаются в применении принудительных мер медицинского характера.



Больные олигофренией в стадии имбецильности и дебилизма обычно признаются судом *невменяемыми*.

При судебно-психиатрической экспертизе принимаются во внимание сведения, полученные в результате клинического обследования больного в стационарных условиях. Необходимо определить, в состоянии ли больной по своим интеллектуальным способностям осознавать характер своих поступков и их опасность для окружающих и общества. Олигофрены с легкими умственными недостатками могут давать показания в суде в качестве потерпевших либо свидетелей. Известны случаи, в которых олигофрены дают ложные показания, оговаривают кого-либо или себя, что происходит из-за их растерянности и повышенной внушаемости.

Для гражданского процесса лица с олигофренией, кроме дебилов с легкой степенью нарушений, признаются судом *недееспособными* и не могут совершать правовые сделки гражданского характера. Они лишаются прав воспитания детей, брак с такими лицами расторгается, заключенные ими договорные отношения признаются ничтожными. Легкая степень заболевания оставляет за такими лицами дееспособность и, соответственно, сохраняет их гражданские права и обязанности.

38. СИМУЛЯЦИЯ: ПОНЯТИЕ И ТИПЫ

! Под **симуляцией** понимается притворное поведение, при котором человек пытается изобразить не существующую у него в реальности патологию (синдром, заболевание).

1 Цель симуляции — уклонение от ответственности за совершенное противоправное деяние, получение личной выгоды, освобождение от исполнения различных обязанностей и др.

Классификация симуляции психических заболеваний *в зависимости от времени их проявлений*:

- ☞ предварительная или превентивная психическая симуляция. Совершается гражданином до начала преступного деяния для формирования эффекта заболевания у человека и впечатлений о совершении им противоправного деяния под влиянием психической болезни;
- ☞ интрасимуляция. Симулятивные действия гражданина в момент совершения им противоправных деяний с целью сокрытия истинных мотивов своего поступка;
- ☞ постсимуляция. Симулятивные действия гражданина после совершения им противоправного деяния

для ухода от наказания. Наиболее распространенный вид психической симуляции.



Симуляция возможна не только у психически здоровых граждан, но и у лиц с психическими расстройствами. Симулятивные действия психически здоровых граждан носят название истинной симуляции.

Типы симуляций:

- сюрсимуляция. При данном виде симуляции больные изображают симптомы, которые не являются признаками симулируемого человеком заболевания. При этом вполне возможно реальное существование у больного другой психической болезни;
- метасимуляция. Изображение человеком признаков перенесенной болезни, сознательная пролонгация заболевания;
- аггравация. Преувеличение глубины и остроты психического заболевания, ранее имевшего место быть;
- диссимуляция. Соккрытие больным реально существующих у него симптомов и синдромов психического заболевания. Часто применяется больными людьми с целью выписаться из лечебного учреждения и осуществить свои маниакально-бредовые идеи (преступления по отношению к окружающим, суицидные действия и т.д.).

39. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ: ЕГО ОФОРМЛЕНИЕ, ОЦЕНКА СЛЕДСТВЕННЫМИ ОРГАНАМИ И СУДОМ



Заключение эксперта — представленные 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 — это один из видов доказательств, которое подлежит оценке судом (ст. 74, 80, 88 УПК РФ).

Заключение эксперта не обязательно для лиц, производящих дознание, следователей, прокуроров и суда, однако несогласие этих лиц 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 «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»).

Эта форма обеспечивает возможность проверки:

- достаточности материалов, представленных эксперту для исследования;
- относимости поставленных вопросов к компетенции эксперта;
- полноты исследования;
- соответствия его положений теории и практике данного вида экспертизы;
- использования экспертом надежных и эффективных методик;
- логики экспертного заключения и соответствия сделанных экспертом выводов ходу и результатам исследования.



Поскольку факты, установленные экспертом и содержащиеся в его заключении, служат одним из видов судебных доказательств, судебно-следственные органы должны оценить заключение эксперта с точки зрения полноты, достоверности, доказательности, относимости. Согласно п. 2 ст. 17 УПК РФ 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:

- ☑ дата, время и место производства судебной экспертизы;
- ☑ основания производства судебной экспертизы;
- ☑ должностное лицо, назначившее судебную экспертизу;
- ☑ сведения об экспертном учреждении, а также фамилия, имя и отчество эксперта, его образование, специальность, стаж работы, ученая степень и (или) ученое звание, занимаемая должность;
- ☑ сведения о предупреждении эксперта об ответственности за дачу заведомо ложного заключения;
- ☑ вопросы, поставленные перед экспертом;
- ☑ объекты исследований и материалы, представленные для производства судебной экспертизы;
- ☑ данные о лицах, присутствовавших при производстве судебной экспертизы;
- ☑ содержание и результаты исследований с указанием примененных методик;
- ☑ 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 (п. 3 ст. 204 УПК РФ).

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 (п. 2 ст. 204 УПК РФ).

Заключение (акт) судебно-психиатрической экспертизы имеет следующие *разделы*:

- ✎ введение;

- ✍ сведения о прошлой жизни;
- ✍ описание физического, неврологического и психического состояния;
- ✍ мотивировочная часть;
- ✍ заключительная часть.



В первом разделе (во введении) указываются следующие сведения:

- об экспертах, осуществляющих данную экспертизу;
- о личности подэкспертного субъекта;
- о месте и времени проведения экспертизы;
- о виде экспертизы;
- о сущности дела, по которому проводится экспертиза;
- об органе, назначившем экспертизу;
- о вопросах, на которые проводимая экспертиза должна дать ответы.

Во втором разделе акта излагается анамнез жизни и психического расстройства, дается описание поведения испытуемого в период совершения правонарушения 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.

В третьем разделе описывается ход и приводятся результаты исследований.

В четвертом разделе констатируется наличие или отсутствие психического расстройства, устанавливаются его форма, вариант течения, степень его выраженности и влияния на психику, поведение испытуемого. Эти выводы обосновываются данными анамнеза и собственных обследований.

В заключительной части содержатся выводы экспертов с их обоснованием, представляющие собой ответы на вопросы, поставленные следствием и судом при назначении экспертизы.

Заключение составляется в двух экземплярах, заверяется печатью экспертного учреждения. Один экземпляр остается в архиве учреждения, проводившего экспертизу, а другой направляется в учреждение, ее назначившее.

www.infanata.org

Электронная версия данной книги создана исключительно для ознакомления только на локальном компьютере! Скачав файл, вы берёте на себя полную ответственность за его дальнейшее использование и распространение. Начиная загрузку, вы подтверждаете своё согласие с данными утверждениями! Реализация данной электронной книги в любых интернет-магазинах и на CD (DVD) дисках с целью получения прибыли, незаконна и запрещена! По вопросам приобретения печатной или электронной версии данной книги обращайтесь непосредственно к законным издателям, их представителям, либо в соответствующие организации торговли!

www.infanata.org