

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ П.М. МАШЕРОВА»

Факультет юридический

Кафедра уголовного права и уголовного процесса

СОГЛАСОВАНО
Заведующий кафедрой

_____ А.П. Петров
«24» _____ июня 2014 г.

СОГЛАСОВАНО
Декан факультета

_____ А.А. Бочков
«24» _____ июня 2014 г.

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

для специальности (направление специальности)

1-24 01 02 – Правоведение

Составитель: Н.А. Артеменко

Рассмотрено и утверждено на заседании научно-методического совета
25.06.2014 г., протокол № 6

УДК 340.63(075.8)
ББК 56.148я73+67.532я73
С89

Печатается по решению научно-методического совета учреждения образования «Витебский государственный университет имени П.М. Машерова». Протокол № 6 от 25.06.2014 г.

Составитель: доцент кафедры уголовного права и уголовного процесса
ВГУ имени П.М. Машерова **Н.А. Артеменко**

Рецензенты:
заведующий кафедрой гражданского права
и гражданского процесса ВГУ имени П.М. Машерова,
кандидат юридических наук, доцент *И.И. Шматков*;
заведующий кафедрой правоведения ВФ УО ФПБ
«Международный университет “МИТСО”»,
кандидат философских наук, доцент *В.И. Каравкин*

**Судебная психиатрия для специальности (направление
С89 специальности) 1-24 01 02 – Правоведение : учебно-
методический комплекс по дисциплине / сост. Н.А. Артеменко. –
Витебск : ВГУ имени П.М. Машерова, 2014. – 228 с.
ISBN 978-985-517-460-9.**

Учебно-методический комплекс по дисциплине «Судебная психиатрия» подготовлен в соответствии с требованиями Государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по специальности 1-24 01 02 «Правоведение».

Рекомендован для студентов очной и заочной форм обучения, призван оказать им помощь при подготовке по вопросам (заданиям) семинарских (практических) занятий, а также систематизировать полученные знания к зачету по учебной дисциплине «Судебная психиатрия».

Учебное издание предназначено для студентов юридического факультета и будет полезно преподавателям, практическим работникам.

УДК 340.63(075.8)
ББК 56.148я73+67.532я73

ISBN 978-985-517-460-9

© ВГУ имени П.М. Машерова, 2014

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
Учебно-тематический план	6
Теоретический курс	7
Семинарские занятия	197
Самостоятельная работа студентов под контролем преподавателя	209
Примерные вопросы к зачету	210
Список использованных источников и литературы	213

ВВЕДЕНИЕ

В условиях становления и развития в Республике Беларусь демократической правовой государственности и превращения народовластия из ее формального атрибута в реальный политико-правовой институт, обеспечивающий социальную легитимность, непрерывность и преемственность осуществления власти, особое значение приобретает изучение судебной психиатрии.

В рамках дисциплины «Судебная психиатрия» студентами изучаются расстройства психической деятельности человека во время совершения им действия или бездействия, последствия которых имеют юридическое значение.

При изучении основополагающих дисциплин уголовного права и процесса студенты должны знакомиться с основами экспертологии. Одним из важных аспектов будущей работы в области уголовного права и процесса являются вопросы назначения и проведения судебно-психиатрической экспертизы, поскольку осуществление этого вида экспертиз относится к обязательным в отношении многих обвиняемых (подозреваемых), а также в ряде случаев потерпевших и свидетелей. Адекватное решение вопроса о проведении судебно-психиатрической экспертизы чрезвычайно важно для защиты прав граждан при выполнении процессуальных действий, и невозможно без элементарных знаний организации судебно-психиатрической экспертизы и основ судебной психиатрии.

Цель и задачи изучения курса

Цель учебной дисциплины «Судебная психиатрия» – изучение основных теоретических и практических вопросов судебной психиатрии:

- изложить максимум систематизированных знаний о судебной психиатрии;
- научить ориентироваться в нормативно-правовой базе, регламентирующей принципы судебно-психиатрической экспертизы;
- полно, доступно и доказательно отвечать на вопросы в области судебной психиатрии, возникающие в ходе дознания, предварительного следствия и судебного разбирательства уголовных, гражданских, административных дел, а также в ходе исполнения решений суда;
- привить навыки работы с законодательной регламентацией психиатрической и судебно-психиатрической деятельности.

Задачами изучения дисциплины выступают:

- усвоение принципов назначения судебно-психиатрической экспертизы;
- овладение знанием основных проявлений психических расстройств, подходов к их экспертной оценке и выбору мер медицинского характера в отношении невменяемых;

- изучение причины возникновения, развития и течения психических заболеваний и их влияния на волеизъявление и умственные способности человека;
- методы исследования и диагностики психических расстройств;
- усвоение основных положений, законодательных актов, инструкций, необходимых для практической деятельности;
- приобретение необходимых знаний и навыков с учетом законодательных актов, регламентирующих практику оказания психиатрической помощи;
- обучение возможности предупреждения социально опасных проявлений различных психических расстройств;
- изучение методов лечения, влияние лекарственных препаратов на организм человека.

Учебный план предполагает проведение аудиторных занятий в форме лекций и семинаров. В соответствии с учебным планом судебная психиатрия изучается студентами 4 курсов юридических факультетов в течение одного семестра. Форма итогового контроля – зачет. Учебно-методический комплекс по дисциплине «Судебная психиатрия» подготовлен в соответствии с требованиями Образовательного **Стандарта Республики Беларусь** (высшее образование, первая ступень, специальность 1-24 01 02–правоведение, квалификация юрист).

Материал учебно-методического комплекса направлен на обеспечение решения следующих *педагогических задач*:

- развитие творческого профессионального мышления;
- формирование познавательной мотивации;
- овладение терминологией в области судебной психиатрии; навыками оперирования понятиями, определениями;
- овладение умениями и навыками экспертологии, вопросы назначения и проведения судебно-психиатрической экспертизы.

В программе предусмотрены следующие разделы:

- правовые и организационные вопросы судебной психиатрии;
- методологические и организационные основы судебно-психиатрической экспертизы в уголовном и гражданском процессах;
- меры медицинского характера и профилактика опасных действий лиц страдающих психическими расстройствами;
- основы общей психопатологии;
- клинические проявления основных психических расстройств и их судебно-психиатрическая оценка;
- особенности судебно-психиатрической оценки несовершеннолетних правонарушителей.

**УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН
для студентов дневной формы обучения**

№ п/п	Наименование тем	Лекции	Семинары	СРК
1.	Предмет и задачи судебной психиатрии. Организационно-правовое обеспечение оказания психиатрической помощи в Республике Беларусь. Организационно-правовое обеспечение судебной психиатрической экспертизы	2	2	–
2.	Краткие сведения о центральной нервной системе человека. Общие понятия о психическом заболевании в современной психиатрии. Расстройства психической деятельности. Судебно-психиатрическая оценка	3	2	–
3.	Хронические расстройства психической деятельности человека. Алкогольная зависимость. Судебно-психиатрическая оценка	2,5	1	–
4.	Хронические расстройства психической деятельности человека. Наркомания, токсикология. Судебно-психиатрическая оценка	2,5	1	–
5.	Хронические расстройства психической деятельности человека. Шизофрения. Судебно-психиатрическая оценка	2	1	–
6.	Хронические расстройства психической деятельности человека. Маниакально-депрессивный психоз. Судебно-психиатрическая оценка	2	0,5	–
7.	Хронические расстройства психической деятельности человека. Эпилепсия. Судебно-психиатрическая оценка	2	0,5	–
8.	Судебно-психиатрическая характеристика расстройств психического развития человека. Слабоумие (врожденное)	2	–	2
9.	Слабоумие (приобретенная умственная отсталость). Болезнь Альцгеймера. Болезнь Пика. Старческое слабоумие. Судебно-психиатрическая оценка	–	–	2
10.	Психопатии. Судебно-психиатрическая характеристика	2	2	–
11.	Судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном процессе	2	2	–
12.	Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе	2	2	–
Всего:		24	14	4

Форма контроля – зачет

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ КУРС

Цель: освоение, углубление у студентов теоретических знаний по дисциплине «Судебная психиатрия».

Задачи:

- ознакомить студентов с историей становления судебной психиатрии;
- изучить общие требования по обеспечению благополучия населения, профилактики социально-опасных преступлений;
- изучить основу и особенности организации судебной психиатрии;
- ознакомить со структурой органов и учреждений, осуществляющих судебные психолого-психиатрические экспертизы;
- изучить задачи, функции и структуру государственного комитета судебных экспертиз;
- дать представление о правах и обязанностях Главного государственного эксперта, а также других должностных лиц государственного комитета судебных экспертиз;
- дать представление о судебной комплексной психолого-психиатрической экспертизе;
- изучить общие положения оформления судебно-психиатрической экспертизы;
- привить знания о взаимодействии экспертов с органами власти, лечебно-профилактическими и другими организациями;
- ознакомить с деятельностью экспертов;
- изучить нормативно-правовую базу формирования для проведения комплексной психолого-психиатрической экспертизы;
- иметь представление о деятельности государственной службы судебных экспертиз в Республике Беларусь;
- изучить перечень заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения;
- иметь представление о порядке проведения обязательных судебно-психиатрических экспертиз;
- привить навыки ведения документации.

ТЕМА № 1. Предмет и задачи судебной психиатрии. Организационно-правовое обеспечение оказания психиатрической помощи в Республике Беларусь. Организационно-правовое обеспечение судебно-психиатрической экспертизы

Цель занятия: формирование целостного представления о судебной психиатрии как научной дисциплине.

Задачи: усвоение предмета судебной психиатрии, его метода и значения; особенностей и реализации правового положения и организационных форм судебно-психиатрической экспертизы, предупреждение общественно опасных действий лиц, страдающих психическими заболеваниями.

1. Формирование науки и предмета судебной психиатрии.

Психиатрия (от греч. psyche – душа, iatreia – лечение) представляет собой самостоятельную науку, изучающую вопросы этиологии, патогенеза, клиники, лечения психических заболеваний, а также профилактику, реабилитацию и прогноз.

Психиатрия подразделяется на общую и частную.

К общей относится общая психопатология, изучающая основные закономерности проявления и развития патологии психической деятельности человека, общие вопросы этиологии и патогенеза, природу психопатологических процессов, их причины, принципы классификации, проблемы восстановления и реабилитации, методы исследования.

Частная психиатрия рассматривает вопросы при отдельных нозологических формах, такие как клиническая характеристика, особенности течения заболевания, дифференциальная диагностика, возникновение, лечение и профилактика психических расстройств.

В процессе развития психиатрии выделились и сложились отдельные ее отрасли: организационная, детская психиатрия, подростковая гериатрическая, биологическая, социальная, военная, судебная, психофармакология, наркология.

Организационная психиатрия разрабатывает вопросы организации стационарной, амбулаторной медицинской помощи пациентам с нарушением психического здоровья, изучает эпидемиологию психических заболеваний и определяет направленность мероприятий по снижению заболеваемости населения.

Детская психиатрия определяет особенности психических нарушений у детей.

Подростковая психиатрия изучает развитие психических расстройств в период полового созревания.

Гериатрическая психиатрия – психиатрия позднего возраста, обосновывает различные нарушения психической деятельности в пожилом и старческом возрасте.

Биологическая и социальная психиатрия определяет формы, методы реабилитации, ресоциализации, реадaptации пациентов с расстройством психики, решает вопросы создания условий полного воспитания (сохранения) индивидуального, общественного статуса пациента. К разделу социальной психиатрии следует отнести психогигиену (разрабатывает мероприятия по охране психического здоровья населения), профилактику (определяет меры предупреждения психических заболеваний).

Военная и судебная психиатрия – самостоятельные разделы медицинской науки – психиатрии, изучающие психические расстройства в их специальном отношении к уголовному, гражданскому, административному праву.

Пенитенциарная (тюремная) психиатрия.

Психофармакология изучает терапевтическое действие лекарственных препаратов, влияние на психическую деятельность человека, его поведение. Возникла в начале 50-х годов XX века. Быстрое развитие психофармакологии стало возможным благодаря созданию биологически активных психотропных веществ, вызывающих выраженный терапевтический эффект при различных заболеваниях.

Наркология как отдельный раздел сформировалась недавно. Она проводит санитарно-гигиенические мероприятия по профилактике, лечению пациентов, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, а также выясняет биологические и медико-социальные причины возникновения заболеваний пациентов, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией.

2. Цели и задачи судебной психиатрии, предмет и метод

Предмет судебной психиатрии – состояние психического здоровья участников уголовного, гражданского, административного процессов, нарушения их психической деятельности во время совершения деликта, а также при проведении экспертизы.

Целью судебной психиатрии является установление отсутствия или наличия психического заболевания у человека на момент совершения преступления.

Методом обследования пациентов с психическими заболеваниями является клинический, включающий обоснованный психопатологический анализ состояния пациента. Клиническое наблюдение дополняется данными лабораторных, инструментальных и функционально-диагностических процедур.

Судебная психиатрия содействует правоохранительным органам в их деятельности. По закону общественно опасные деяния, совершенные лицами, страдающими психическими расстройствами в состоянии невменяемости, не считаются преступлениями, а лица, их совершившие, не могут считаться преступниками.

Задачи судебной психиатрии:

- установление вменяемости, либо невменяемости лиц, привлекаемых к уголовной ответственности и вызывающих сомнения в их психическом здоровье;
- решение вопроса о дееспособности, недееспособности лиц, страдающих психическими заболеваниями в гражданском процессе;
- определение процессуальной дееспособности и психического состояния участников уголовного и гражданского процессов;
- профилактика правонарушений;
- разработка практических рекомендаций по назначению и выбору конкретных принудительных мер медицинского характера в отношении лиц, страдающими психическими заболеваниями, совершивших правонарушение;
- разработка предложений по совершенствованию законодательства, касающегося лиц, страдающих психическими заболеваниями;
- проведение психопрофилактических мероприятий в отношении осужденных, имеющих нарушения психики;
- создание критериев экспертной оценки психических заболеваний.

3. Исторические аспекты развития судебной психиатрии

Изучение психических заболеваний началось в IV в. до н.э., когда Гиппократ разработал основные принципы подхода к психическим заболеваниям, а древние греческие и римские писатели ссылались на симптоматиологию психических расстройств.

Началом развития психиатрической помощи в России считается XI век. Вместе с основанием Киево-Печерского монастыря было построено первое больничное учреждение, оказывающее помощь лицам, страдающим психическими заболеваниями. Первый закон в России появляется в 1677 г. «О психически больных, лишаящий их права распоряжаться наследством».

Мероприятия и реформы Петровской эпохи коснулись порядка освидетельствования психически нездоровых лиц. 6 апреля 1722 г. Петр I издал Указ «О освидетельствовании “дураков” в Сенате». Речь шла об освидетельствовании дворянских детей, которые под всякими предлогами, в том числе ссылками на слабоумие от рождения, уклонялись от обучения и государственной службы. Освидетельствование дворян в Сенате для признания их умалишенными проводилось до 1815 г., после чего оно стало осуществляться в губернских городах. В начале XIX в. функции психиатрического освидетельствования обвиняемых были целиком возложены на врачебные управы.

В конце царствования Петра I издается указ о том, что «умалишенных» в монастыри не помещать, а построить для них специальный дом.

Научно-медицинские взгляды на природу помешательства становятся полностью доминирующими в XIX в., когда речь идет о передовых в научном отношении странах, прежде всего Европы и Северной Америки.

Судебная психиатрия обретает вполне современный облик. Это относится к организации судебно-психиатрической экспертизы и принудительного лечения пациентов, страдающих психическими расстройствами, совершивших уголовно наказуемое деяние, разработке критериев невменяемости и недееспособности и пр.

Влияние на дальнейшее расширение сферы применения знаний психиатрии в уголовном судопроизводстве оказало учение о дегенерации французского психиатра Б. Мореля. Учение о дегенерации (вырождении) в какой-то мере противостояло теории эволюции Дарвина (обе теории появились в середине XIX в. почти одновременно). Говоря о развитии живой природы, дарвинизм обращал внимание на «прогресс в мире растений и животных». Б. Морель сделал акцент на биологических процессах противоположного свойства. В отдельных человеческих популяциях, отмечал он, из поколения в поколение можно наблюдать нарастающие признаки вырождения – интеллектуального, морального, физического. Оно проявляется, в частности, в бесплодии, пониженной жизнеспособности детей, глухоте, слабоумии и других психических расстройствах, многообразных отклонениях в поведении.

На развитие ряда наук оказали влияние идеи итальянского психиатра Ч. Ломброзо. Его концепция «преступного человека» («врожденного преступника») решительно пересматривала прежние взгляды на природу преступности и методы борьбы с ней и, как следствие, претендовала на всестороннее реформирование всей системы уголовной юстиции. Однако реально этого не произошло.

Так же, как и идеи Ч. Ломброзо, к преимущественной биологизации поведения человека относится и трактовка преступлений великим австрийским психиатром и психологом З. Фрейдом (1856–1939). Его учение о бессознательном, и психоаналитическая теория излишне абсолютизировали роль и значение бессознательных процессов в психической жизни человека.

В 1793 г. французский психиатр Ф. Пинель распорядился о снятии цепей с обитателей дома умалишенных. Это событие считается поворотным пунктом в движении за гуманизацию психиатрии. В 1839 г. английский психиатр Д. Конполи отменил применение смиренных рубашек.

В Шотландии в 70-х гг. XIX в. введена система «открытых дверей». Произведена полная ликвидация запирающихся палат, решеток с окон и дверей. Большинству пациентам разрешалось свободно передвигаться по территории больницы.

Достижения психиатрической науки и гуманизация отношений к пациентам, страдающим психическими заболеваниями оказывали существенное влияние на судебную психиатрию.

Внесли вклад в судебную психиатрию такие ученые, как И.М. Балинский, А.У. Фрезе, В.Х. Кандинский, В.П. Сербский, В.М. Бехтерев в России; В. Гризингер в Германия; Ж. Эскироль во Франции; Г. Маудсли в Англии; Р. Крафт-Эбниг в Австрии.

В XIX веке появляются законодательные формулировки, применявшиеся затем в судебной и экспертной практике на протяжении более 100 лет. Норма французского Уголовного кодекса 1810 г. о невменяемости («нет ни преступления, ни проступка, если обвиняемый во время совершения действия находился в состоянии безумия») просуществовала до 1994 г., когда во Франции вступил в силу новый уголовный закон. Введенные в 1843 г. в Англии критерии невменяемости, известные как Правила Мак-Натена (названы по имени пациента, страдающего психическим заболеванием, совершившего по бредовым мотивам убийство, жертвой которого стал секретарь премьер-министра), изложены в виде пяти вопросов и ответов на них.

В Беларуси взгляды на психические заболевания и меры, применяемые к душевнобольным в различные периоды истории, были порою противоречивы и непоследовательны. Представления о душевных расстройствах как о болезнях с религиозным толкованием бесоудержимости сочетались с верой в колдунов и порчу.

Первые законодательно утвержденные мероприятия, касающиеся лиц с психическими расстройствами, на современной территории Республики Беларусь известны с конца XV – начала XVI века, когда в крупных городах начали открываться «шпитали», куда вместе с «увечными» и другими пациентами помещались больные с хроническими формами психических расстройств. В соответствии с законодательными актами Великого княжества Литовского («Литовский Статут» 1529, 1566, 1588 гг.) предусматривалась ответственность родственников за действия опекаемых или умалишенных. Кроме того, в указанных законодательных актах предусматривалось лишение наследства тех лиц, которые отказывались ухаживать за престарелыми родителями. В XVII веке помощь душевнобольным оказывалась монашескими орденами в специально учрежденных «шпиталях для призрения умалишенных» в городах Вильно, Гродно и Минске, где к пациентам применялись меры надзора и физического стеснения.

Судя по дошедшим до нашего времени данным, первая подлинно судебно-психиатрическая врачебная экспертиза была проведена в 1690 г. В ней принимали участие три врача, служившие при русском дворе и являвшиеся дипломированными докторами медицины и философии европейских университетов. Каждый из них дал свое отдель-

ное заключение на латинском и греческом языках. Речь шла о бродяге, задержанном в г. Вязьме и заявившем, что он сын царя Ивана Грозного. При допросах он утверждал, кроме того, что обладает способностью исцелять людей, живет на небесах, куда ходит через дыру и где его принимают ангелы. По его словам, к нему приходили тысяча ангелов и шестьсот донских казаков, а он собирался идти обращать татар в христианскую веру.

С конца XVII века на большей части территории современной Республики Беларусь, входящей в состав Российской Империи, определение «душевного заболевания» и ответственности душевнобольных было актуальным только в случаях очевидно нелепого их поведения и лишь при совершении считавшихся наиболее тяжкими в то время преступлений – убийств и действий, направленных против царствующего дома. В некоторых случаях, в основном при подозрении на симуляцию психического расстройства, преступника могли поместить в монастырь с целью наблюдения за ним и определения его психического состояния. Исходя из ответа монастыря о психическом здоровье преступника, решался вопрос о степени наказания.

Со временем функции призрения и надзора за душевнобольными были делегированы сумасшедшим домам либо отделениям для умалишенных при губернских больницах. Серьезным вкладом в дело призрения душевнобольных явилась организация в 1775 г. приказов общественного призрения, в обязанность которых входила забота о домах для умалишенных. С этого времени прекратилась обязательная миссия монастырей по призрению душевнобольных. Первый дом для умалишенных на территории Беларуси был открыт в 1810 году в г. Могилеве.

Впервые указания на необходимость участия врачей в психиатрическом освидетельствовании по уголовным делам содержались в указе российского императора Александра I от 1801 года «О непредании суду поврежденных в уме людей и учинивших в сем состоянии смертоубийство». В нем предписывалось «удостовериться с помощью полиции и Врачебной управы в реальности повреждения в уме» преступника, при этом если врачом подтверждались «повреждения в уме», то это освобождало душевнобольного преступника от суда и предопределяло помещение в «сумасшедший дом для бессрочного содержания до выздоровления». Однако вопросы освобождения душевнобольных от ответственности за совершенные ими деяния по-прежнему оставались нерегламентированными. Понадобилось еще более четверти столетия, чтобы формула «неответственности душевнобольных» была окончательно признана в законодательстве.

18 февраля 1835 г. высочайше утвержденным Указом Государственного Совета впервые был установлен порядок судебно-психиатрического освидетельствования психически больных в уго-

ловном процессе, правда, это касалось только совершивших убийство или покушение. По этому Указу судебно-психиатрическое освидетельствование производилось во врачебных управах в соответствии со специальными правилами, устанавливаемыми Медицинским советом. Испытуемые, признанные страдающими душевным заболеванием, направлялись для содержания и лечения в дома умалишенных, где они должны были находиться до выздоровления. Только в случае полного выздоровления, подтвержденного двухлетним периодом, во время которого не было замечено никаких признаков болезни, больной мог быть выписан из больницы, и ему могла быть возвращена его собственность (имение), которая до этого находилась под опекой.

В 1848 году выходит книга А. Пушкарева «О душевных болезнях в судебно-медицинском отношении», которая, по сути, являлась аналогом учебника по судебной психиатрии. В результате судебной реформы 1864 года в процесс судопроизводства были внесены гласность, устность и состязательность, а также была выработана система основополагающих принципов и норм уголовного права, в которую впервые вошла норма о «невменяемости». С этого времени стали проводиться судебно-психиатрические экспертизы, а также появилась практика участия врачей-экспертов в судебных заседаниях. Их доводы о психическом состоянии преступника становились предметом гласности и широко освещались в периодической и специальной литературе, начали появляться статьи по актуальным проблемам судебной психиатрии. Эти проблемы нашли свое выражение в целом ряде капитальных и оригинальных для своего времени исследований, таких, в частности, как монография И.В. Константиновского по законодательству о душевнобольных, работы А.У. Фрезе, выступления В.Х. Кандинского по проблеме невменяемости и доклады по вопросам судебной психиатрии на съездах психиатров и пироговских съездах врачей В.И. Яковенко, С.Н. Данилло, Я.А. Боткина, В.П. Сербского.

В.П. Сербский поддерживал и развивал положение В.Х. Кандинского о значении физиологического понимания психических расстройств для правильного решения судебно-психиатрических вопросов. Он указал на заслуги В.Х. Кандинского: «Необходимость установления в законе психологического критерия невменяемости с наибольшей убедительностью разработана покойным В.Х. Кандинским, и мне остается лишь присоединиться к доводам талантливого врача-психолога». В 1895 г. им был выпущен первый том «Руководства по судебной психопатологии», посвященный общетеоретическим вопросам и законодательству по судебной психиатрии. Второй том «Руководства» вышел в свет в 1900 г.

На заседании Московского общества невропатологов и психиатров С.С. Корсаков совместно с Ф.А. Савей-Могилевичем сделал со-

общение о необходимости двух критериев невменяемости. Первый критерий указывает на причину невменяемости, второй же, названный С.С. Корсаковым, собственно критерием невменяемости был, по его мнению, необходим потому, что только с его помощью можно установить наличие или отсутствие невменяемости. У С.С. Корсакова не вызывало сомнений и то, что этот второй критерий должен содержать как интеллектуальный, так и волевой признаки (неспособность понимать совершаемое и неспособность руководить своими поступками).

В советском периоде развития судебной психиатрии исследователи выделяют три основных этапа:

первый (1919–1929) характеризовался постепенным накоплением опыта экспертной работы, разработкой новых организационных форм судебно-психиатрической экспертизы и принудительных мер медицинского характера, становлением законодательной и научно-теоретической базы судебно-психиатрической деятельности;

второй (1930–1950) знаменовался организацией сети судебно-психиатрических учреждений (отделений, экспертных комиссий) в системе органов здравоохранения, развертыванием научных исследований в области судебной психиатрии, подготовкой квалифицированных судебно-психиатрических кадров;

третий (с 1951 г.) характеризовался дальнейшим развитием всех предыдущих направлений судебно-психиатрической деятельности и разработкой новых (например, таких, как профилактика общественно опасных действий психически больных), значительно расширились диагностические и экспертные возможности за счет внедрения новых методов исследований; в постоянный обиход судебно-психиатрических стационаров введены современные терапевтические средства; разработана система судебно-психиатрических критериев и оценок при всех клинических формах психического расстройства.

Началом развития законодательной базы судебно-психиатрической деятельности послужила Инструкция «Об освидетельствовании душевнобольных», принятая в 1918 г. Наркоматом юстиции РСФСР. Инструкция касалась порядка освидетельствования лиц, страдающих умственным расстройством, назначения или снятия опеки и предусматривала использование этих заключений судебными органами. Представители судов должны были принимать участие в работе врачебных комиссий.

В руководящих началах по уголовному праву РСФСР 1919 г. было дано законодательное определение невменяемости как состояния душевной болезни или вообще состояния в момент совершения общественно опасного деяния, когда лицо не отдавало отчета в своих действиях. Формулировка невменяемости была впоследствии развита и уточнена в УК РСФСР 1922 г., в основных началах уголовного зако-

нодательства 1924 г. и Уголовных кодексах союзных республик. Принятые в 20-е гг. республиканские Уголовно-процессуальные кодексы регламентировали порядок производства экспертизы, в том числе судебно-психиатрической.

Правовые нормы о невменяемости появились в основах уголовного законодательства Союза ССР и союзных республик с конца 50-х годов. Закон предусматривал два вида принудительных мер медицинского характера – принудительное лечение в психиатрических больницах общего и специального типа. Больницы специального типа находились в ведении МВД СССР. В 1988 г. произошла реорганизация системы больниц, осуществлявших принудительное лечение (с внесением соответствующих изменений в уголовное законодательство). В результате появились больницы трех типов – с обычным, усиленным и строгим наблюдением. Все они находились в подчинении органов управления здравоохранением.

В начале 60-х гг. установлен порядок производства судебных экспертиз (включая судебно-психиатрическую) по уголовным и гражданским делам.

Судебная психиатрия советского периода занималась изучением клинических и организационных аспектов судебно-психиатрической экспертизы и принудительных мер медицинского характера; медицинских и иных факторов, способствующих совершению психически больными общественно опасных действий; разработкой мер по предупреждению указанных действий; вопросами психиатрического освидетельствования осужденных для установления хронической психической болезни, препятствующей дальнейшему отбыванию наказания; вопросами оказания психиатрической помощи осужденным с неглубокими психическими расстройствами, а также изучением судебной психиатрии за рубежом.

В октябре 1918 года постановлением Минской губернской управы в заброшенных постройках хутора Новинки была открыта Первая советская трудовая колония душевнобольных, впоследствии преобразованная в психиатрическую больницу. В годы Второй мировой войны во время оккупации г. Минска над психически больными была совершена расправа. В 1944 году после освобождения Минска работа психиатрической больницы была возобновлена.

На протяжении многих десятилетий формой организации судебно-психиатрической экспертизы в Республике Беларусь являлась система судебно-психиатрических экспертных комиссий, создаваемых при психиатрических больницах и диспансерах Министерства здравоохранения БССР. В 1954 году было открыто специализированное судебно-психиатрическое отделение на 70 коек. Оно размещалось в одноэтажном здании, окруженном каменным забором. Отделение было

разделено на две половины: стражную и нестражную. По закрытию нестражного отделения в г. Минске – экспертиза для лиц, не взятых под стражу, была переведена в Витебскую областную психиатрическую больницу. В 1987 году нестражный контингент исследуемых был вновь переведен в 25-е общепсихиатрическое мужское отделение Республиканской клинической психиатрической больницы, где для экспертных целей были выделены 40 коек. Первыми статус судебно-психиатрического эксперта по приказу Министра здравоохранения имели Е.Ф. Снегирева, С.А. Езерский, В.В. Буданов, Д.М. Донской, Е.В. Дешко, Л.Г. Гросс. Военная судебно-психиатрическая экспертиза до 2002 года проводилась психиатрами 432 ГВКГ под председательством главного психиатра Министерства обороны Республики Беларусь. Состав судебно-психиатрической комиссии определялся приказом главного врача Республиканской психиатрической больницы: в стражном отделении судебно-психиатрические экспертизы проводилась под руководством заместителей главного врача по медчасти А.В. Демидчика, А.М. Ткачука, в нестражном отделении – под руководством заместителя главного врача по медчасти С.Л. Саковича и В.И. Савченко.

В течение многих лет главным внештатным судебным психиатром Минздрава Республики Беларусь был кандидат медицинских наук, доцент В.И. Савченко. Он в течение многих лет совмещал работу на кафедре психиатрии и наркологии Белорусской медицинской академии последипломного образования с практической и методической работой в судебной психиатрии. В.И. Савченко стоял у истоков формирования новой нормативно-правовой базы.

Большой вклад в развитие судебно-психиатрической экспертизы в Республике Беларусь внес А.Т. Зорко, который возглавлял Республиканскую клиническую психиатрическую больницу с 1987 года по 2004 год. Под его руководством был выстроен новый корпус отдела стационарных судебно-психиатрических экспертиз лиц со строгим наблюдением.

За эти годы в Государственной службе медицинских судебных экспертиз была развита структурированная сеть судебно-психиатрических экспертных подразделений, улучшилось организационно-методическое, кадровое и материально-техническое обеспечение. Укрепился кадровый потенциал. Если в начале 2002 года в системе Министерства здравоохранения Республики Беларусь было 47,25 штатных должностей экспертов-психиатров и 7,5 штатных должностей экспертов-психологов, то к началу 2012 года в Государственной службе медицинских судебных экспертиз имелось 170,75 штатных должностей экспертов-психиатров и 58 штатных должностей экспертов-психологов. Значительно возросли требования оценки психического состояния участников уголовного процесса и гражданского судопроизводства. В 2001 году было произведено 11 414 экспертиз. По данным ведомственной статистики за 2011 год

судебными экспертами-психиатрами и судебными экспертами-психологами проведено 28 732 экспертизы.

24 октября 2008 года зарегистрирован как Государственное учреждение образования институт повышения квалификации и переподготовки кадров Государственной службы медицинских судебных экспертиз. Кафедрой судебной психиатрии с курсом судебной психологии ГУО «Институт повышения квалификации и переподготовки кадров Государственной службы медицинских судебных экспертиз» совместно с управлением судебно-психиатрических экспертиз ведется подготовка кадров на основе разработанных учебных программ и рабочих планов, а также переподготовка и первичная специализация по судебной психиатрии и судебной психологии. Данная работа осуществляется по 2 основным направлениям: годичная базовая подготовка стажеров по избранной специальности и тематическое усовершенствование действующих экспертов на циклах повышения квалификации.

Возобновлены международные связи по вопросам судебной психиатрии и судебной психологии.

4. Оказание психиатрической помощи в Республике Беларусь

Правовую основу оказания психиатрической помощи в Республике Беларусь составляют:

- Конституция Республики Беларусь 1994 г. (с изменениями и дополнениями, принятыми на республиканских референдумах 24 ноября 1996 г. и 17 октября 2004 г.) (далее – Конституция).
- Закон Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. «О здравоохранении» (с изм. и доп.) (далее Закон о здравоохранении).
- Закон Республики Беларусь от 7 января 2012 г. № 349-З «Об оказании психиатрической помощи» (далее – Закон).

В соответствии со ст. 4 Закона непосредственное оказание психиатрической помощи осуществляют государственные и негосударственные психиатрические организации, иные организации здравоохранения, не являющиеся психиатрическими организациями и оказывающие в порядке, установленном законодательством, психиатрическую помощь.

Право на оказание психиатрической помощи в порядке, установленном законодательством, также имеют: другие организации, которые наряду с основной деятельностью осуществляют медицинскую деятельность; индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

На организации и индивидуальных предпринимателей при оказании ими психиатрической помощи распространяется действие Закона в части требований, предъявляемых к организациям здравоохранения. Принудительное психиатрическое освидетельствование и диспансерное наблюдение осуществляются государственными психиатрическими организациями и иными организациями здравоохранения, не яв-

ляющимися психиатрическими организациями и оказывающими в порядке, установленном законодательством, психиатрическую помощь.

Психиатрическая помощь оказывается врачом-специалистом. При отсутствии возможности оказания скорой (неотложной) психиатрической помощи врачом-специалистом такая помощь может быть оказана медицинским работником, имеющим высшее медицинское образование с иной квалификацией, чем у врача-специалиста (далее – врач иной специальности), и (или) медицинским работником, имеющим среднее специальное медицинское образование.

В случае наличия у пациента установленного врачом-специалистом или врачебно-консультационной комиссией диагноза психического расстройства (заболевания), не представляющего непосредственной опасности для его жизни и (или) здоровья, жизни и (или) здоровья иных лиц, психиатрическая помощь пациенту может быть оказана врачом иной специальности по рекомендации врача-специалиста.

Врачебно-консультационные комиссии создаются в организациях здравоохранения для установления диагноза психического расстройства (заболевания), а также для решения иных вопросов при оказании психиатрической помощи.

Врачебно-консультационные комиссии, создаваемые в психиатрических организациях, должны состоять не менее чем из трех врачей-специалистов. В состав врачебно-консультационных комиссий, иных организаций здравоохранения, не являющихся психиатрическими организациями, оказывающих в порядке, установленном законодательством, психиатрическую помощь, должен входить врач-специалист.

Государственная политика в области оказания психиатрической помощи выражается в создании правовых, экономических и социальных условий:

- защиты прав и законных интересов пациентов при оказании им психиатрической помощи;
- защиты прав и законных интересов врачей-специалистов, других медицинских работников, оказывающих психиатрическую помощь;
- граждан от возможных опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями).

Государственная политика в области оказания психиатрической помощи направлена на:

- создание условий для сохранения, укрепления и восстановления здоровья граждан;
- формирование позитивного общественного мнения в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), улучшение морально-психологического положения таких лиц в семье, коллективе, обществе;
- приоритетность мер профилактической направленности.

Государство гарантирует лицам, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями):

- оказание бесплатной психиатрической помощи на основании государственных минимальных социальных стандартов в области здравоохранения;
- оказание скорой (неотложной) и (или) плановой психиатрической помощи;
- оказание психиатрической помощи в амбулаторных и (или) стационарных условиях;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизы, военно-врачебной экспертизы, независимой медицинской экспертизы, судебно-психиатрической экспертизы;
- обеспечение доступности образования в соответствии с состоянием их здоровья и познавательными возможностями на всех уровнях основного образования и при получении дополнительного образования;
- содействие в трудоустройстве;
- решение вопросов опеки и попечительства;
- социальное обслуживание.

Пациентам в зависимости от состояния их психического здоровья психиатрическая помощь оказывается в следующих формах:

- скорая (неотложная) психиатрическая помощь;
- плановая психиатрическая помощь.

Психиатрическая помощь оказывается в амбулаторных и (или) стационарных условиях.

Пациентам, за исключением пациентов, которым психиатрическая помощь оказывается в принудительном порядке, а также пациентам, которые подлежат диспансерному наблюдению, психиатрическая помощь может быть оказана анонимно.

Порядок и условия оказания психиатрической помощи анонимно устанавливаются Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Необходимым условием оказания психиатрической помощи является предварительное согласие пациента, за некоторым исключением.

При добровольном обращении за оказанием психиатрической помощи пациент или его законный представитель дают согласие, которое оформляется записью в медицинских документах и подписывается пациентом или его законным представителем и врачом-специалистом.

Несовершеннолетнему пациенту в возрасте до четырнадцати лет, а также лицу, признанному в установленном законом порядке недееспособным, психиатрическая помощь оказывается с письменного согласия законного представителя.

В случае возражения одного из родителей, усыновителей (удочерителей) несовершеннолетнего пациента в возрасте до четырнадцати лет или при их отсутствии либо отсутствии иного его законного представителя, а также при отсутствии законного представителя лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, оказание психиатрической помощи осуществляется по решению органа опеки и попечительства. Решение органа опеки и попечительства может быть обжаловано в порядке, установленном законодательными актами.

В случае отказа от оказания психиатрической помощи пациенту или его законному представителю должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа.

Отказ от оказания психиатрической помощи и сведения о возможных последствиях отказа оформляются записью в медицинских документах и подписываются пациентом или его законным представителем и врачом-специалистом.

В случае отказа пациента или его законного представителя от подписи врач-специалист вносит соответствующую запись в медицинские документы, которая удостоверяется другим медицинским работником этой же организации здравоохранения.

Скорая (неотложная) психиатрическая помощь оказывается пациенту, у которого внезапно возникло и (или) обострилось психическое расстройство (заболевание).

При оказании скорой (неотложной) психиатрической помощи пациент, у которого внезапно возникло и (или) обострилось психическое расстройство (заболевание), которое требует срочного (неотложного) медицинского вмешательства и может привести к совершению им действий, угрожающих его жизни и (или) здоровью, жизни и (или) здоровью иных лиц, независимо от его согласия либо согласия его законного представителя направляется медицинским работником, оказывающим скорую (неотложную) психиатрическую помощь, в психиатрический стационар. Территориальный орган внутренних дел Республики Беларусь по месту жительства (месту пребывания) такого пациента оказывает содействие медицинским работникам в доставке его в психиатрический стационар в порядке, установленном Министерством здравоохранения Республики Беларусь по согласованию с Министерством внутренних дел.

Порядок оказания скорой (неотложной) психиатрической помощи устанавливается Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

В соответствии с ч. 2 ст. 20 Закона информация о факте обращения пациента за оказанием психиатрической помощи и состоянии его психического здоровья, сведения о наличии психического расстройства (заболевания), диагнозе, иные сведения, в том числе личного ха-

рактера, полученные при оказании пациенту психиатрической помощи, составляют врачебную тайну.

Пациенты при оказании им психиатрической помощи имеют право на:

- уважительное и гуманное отношение;
- получение информации о своих правах;
- получение информации о состоянии здоровья, применяемых методах обследования и лечения, предполагаемой продолжительности заболевания, возможных рисках, связанных с оказанием психиатрической помощи, о побочных эффектах и ожидаемых результатах;
- получение информации о квалификации врача-специалиста, других медицинских работников, оказывающих психиатрическую помощь;
- оказание психиатрической помощи по месту жительства (месту пребывания);
- оказание психиатрической помощи, необходимой по медицинским показаниям;
- нахождение в психиатрическом стационаре в течение срока, необходимого для оказания психиатрической помощи;
- дачу предварительного согласия на участие в научных исследованиях, объектом которых является их психическое расстройство (заболевание), в образовательном процессе, в ходе которого изучается их психическое расстройство (заболевание), фото-, видео- и кино- съемке и отказ от участия в них на любой стадии оказания психиатрической помощи;
- приглашение любого врача-специалиста (с его согласия) для участия в заседании врачебно-консультационной комиссии по вопросам оказания психиатрической помощи;
- обжалование действий (бездействия) должностных лиц организаций здравоохранения.

Пациенты при оказании им психиатрической помощи обязаны:

- заботиться о своем психическом здоровье;
- уважительно относиться к врачу-специалисту, другим медицинским работникам, иным работникам здравоохранения, а также пациентам;
- выполнять рекомендации врача-специалиста;
- соблюдать правила внутреннего распорядка организации здравоохранения для пациентов (далее – правила внутреннего распорядка);
- информировать медицинского работника о ранее выявленных медицинских противопоказаниях к применению лекарственных средств, перенесенных психических расстройствах (заболеваниях), об обращениях за оказанием психиатрической помощи, а также изменениях в состоянии психического здоровья.

При оказании психиатрической помощи врач-специалист независим в своих решениях и руководствуется медицинскими показаниями, врачебным долгом, требованиями медицинской этики и деонтологии и актами законодательства.

Психиатрическое освидетельствование проводится в амбулаторных или стационарных условиях врачом-специалистом или врачебно-консультационной комиссией в целях установления наличия либо отсутствия у пациента диагноза психического расстройства (заболевания), определения его нуждаемости в оказании психиатрической помощи, а также рассмотрения вопроса о формах и условиях оказания данной помощи. По результатам психиатрического освидетельствования выносятся заключение, которое может быть обжаловано пациентом, в отношении которого оно вынесено, либо его законным представителем в порядке, установленном законодательными актами.

По общему правилу психиатрическое освидетельствование проводится с согласия пациента, а несовершеннолетнего пациента в возрасте до четырнадцати лет или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, – с согласия его законного представителя.

В случае возражения одного из родителей, усыновителей (удочерителей) несовершеннолетнего пациента в возрасте до четырнадцати лет или при их отсутствии либо отсутствии иного его законного представителя, а также при отсутствии законного представителя лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, психиатрическое освидетельствование проводится по решению органа опеки и попечительства. Решение органа опеки и попечительства может быть обжаловано в порядке, установленном законодательными актами.

Закон предусматривает основание принудительного психиатрического освидетельствования. Ими являются:

- заключение врачебно-консультационной комиссии государственной организации здравоохранения о необходимости проведения принудительного психиатрического освидетельствования и санкция прокурора на проведение принудительного психиатрического освидетельствования – в случаях, когда лицо совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него психического расстройства (заболевания), которое обуславливает его беспомощность либо возможность причинения существенного вреда своему здоровью вследствие ухудшения состояния психического здоровья, если такое лицо будет оставлено без психиатрической помощи;

- заключение врача-специалиста государственной организации здравоохранения о необходимости проведения принудительного психиатрического освидетельствования – в случаях, когда лицо совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него психического

расстройства (заболевания), которое обуславливает его непосредственную опасность для себя и (или) иных лиц (ч. 4 ст. 29 Закона).

Заключение врачебно-консультационной комиссии государственной организации здравоохранения о необходимости принудительного психиатрического освидетельствования или заключение врача-специалиста государственной организации здравоохранения о необходимости принудительного психиатрического освидетельствования выносятся по результатам рассмотрения заявления, содержащего сведения о том, что лицо совершает действия.

Заявление подается в письменной форме в государственную организацию здравоохранения лицом, у которого имеются сведения о совершении лицом, в отношении которого предлагается провести принудительное психиатрическое освидетельствование. Заявление должно содержать указание на отказ такого лица либо его законного представителя от обращения к врачу-специалисту.

Поддача заведомо ложного заявления влечет ответственность в соответствии с законодательными актами. Если при рассмотрении заявления будет установлено, что содержащиеся в нем сведения являются ложными, руководитель государственной организации здравоохранения информирует об этом территориальный орган внутренних дел Республики Беларусь по месту жительства (месту пребывания) заявителя.

При установлении обоснованности сведений, изложенных в заявлении, врачебно-консультационная комиссия государственной организации здравоохранения в течение трех дней со дня поступления заявления выносит заключение о необходимости принудительного психиатрического освидетельствования лица, в отношении которого предлагается провести принудительное психиатрическое освидетельствование. Заключение должно содержать указание на то, в каких условиях (амбулаторных или стационарных) будет проводиться такое освидетельствование.

Заключение врачебно-консультационной комиссии государственной организации здравоохранения о необходимости проведения принудительного психиатрического освидетельствования и материалы, на основании которых вынесено такое заключение, в течение двух дней со дня его вынесения направляются государственной организацией здравоохранения в органы прокуратуры Республики Беларусь по месту жительства (месту пребывания) лица, в отношении которого предлагается провести принудительное психиатрическое освидетельствование, для получения санкции прокурора на проведение принудительного психиатрического освидетельствования.

Прокурор в порядке, установленном законодательными актами, в течение двух дней со дня поступления заключения о необходимости проведения принудительного психиатрического освидетельствования

и материалов, на основании которых вынесено такое заключение, дает санкцию на проведение принудительного психиатрического освидетельствования лица либо отказывает в ее даче. Санкция прокурора на проведение принудительного психиатрического освидетельствования направляется в государственную организацию здравоохранения, врачебно-консультационной комиссией которой вынесено заключение о необходимости принудительного психиатрического освидетельствования, и территориальный орган внутренних дел Республики Беларусь по месту жительства (месту пребывания) лица, подлежащего принудительному психиатрическому освидетельствованию.

Государственная организация здравоохранения после получения санкции прокурора на проведение принудительного психиатрического освидетельствования организует его проведение.

Территориальный орган внутренних дел Республики Беларусь по месту жительства (месту пребывания) лица, подлежащего принудительному психиатрическому освидетельствованию, после получения санкции прокурора на проведение принудительного психиатрического освидетельствования оказывает содействие медицинским работникам в доставке такого лица в государственную организацию здравоохранения в порядке, установленном Министерством здравоохранения Республики Беларусь по согласованию с Министерством внутренних дел.

Государственная организация здравоохранения при рассмотрении заявления вправе запросить дополнительные сведения, необходимые для принятия решения о необходимости проведения принудительного психиатрического освидетельствования. Такие сведения могут быть получены от заявителя, из организаций здравоохранения, от законных представителей, супруга (супруги), близких родственников лица, принудительное психиатрическое освидетельствование которого предлагается провести, из органа внутренних дел Республики Беларусь по месту жительства (месту пребывания) такого лица, а также от иных лиц в соответствии с актами законодательства. В этом случае заключение должно быть вынесено в течение десяти дней со дня поступления заявления.

При установлении обоснованности сведений, изложенных в заявлении, заключение о необходимости проведения принудительного психиатрического освидетельствования с обязательным указанием условий (амбулаторных или стационарных), в которых оно будет проведено, выносится врачом-специалистом государственной организации здравоохранения немедленно, о чем делается соответствующая запись в медицинских документах. Одновременно врач-специалист принимает решение о необходимости оказания лицу, указанному в заявлении, скорой (неотложной) психиатрической помощи. Копию заключения о необходимости проведения принудительного психиатрического освидетельствования руководитель государственной организации здраво-

охранения в течение суток со дня его вынесения направляет для сведения в органы прокуратуры Республики Беларусь по месту жительства (месту пребывания) такого лица.

Оказание психиатрической помощи в амбулаторных условиях осуществляется в случае, если состояние психического здоровья пациента или характер течения его психического расстройства (заболевания) не требуют постоянного круглосуточного наблюдения врача-специалиста и интенсивного лечения.

Оказание психиатрической помощи в амбулаторных условиях осуществляется с согласия пациента или его законного представителя, за исключением оказания такой помощи на основании определения (постановления) суда о применении принудительных мер безопасности и лечения.

Порядок оказания психиатрической помощи в амбулаторных условиях лицу, в отношении которого вынесено определение (постановление) суда о применении принудительных мер безопасности и лечения, устанавливается Министерством здравоохранения Республики Беларусь по согласованию с Министерством внутренних дел и Генеральной прокуратурой.

Диспансерное наблюдение устанавливается за пациентом, страдающим хроническим или затяжным психическим расстройством (заболеванием) с тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями.

Диспансерное наблюдение осуществляется врачом-специалистом путем регулярных осмотров пациента, направленных на оказание ему необходимой психиатрической помощи. В зависимости от состояния психического здоровья пациента осмотры осуществляются при явке пациента в государственную организацию здравоохранения либо при посещении пациента врачом-специалистом государственной организации здравоохранения по месту его жительства (месту пребывания). Частота осмотров пациента, за которым установлено диспансерное наблюдение, определяется врачом-специалистом с учетом состояния его психического здоровья, а также проводимого лечения.

Порядок осуществления диспансерного наблюдения устанавливается Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Диспансерное наблюдение прекращается на основании заключения врачебно-консультационной комиссии о выздоровлении или значительном стойком улучшении состояния психического здоровья пациента.

В случае уклонения от диспансерного наблюдения, когда психическое расстройство (заболевание) пациента может привести к ухудшению состояния его психического здоровья, врач-специалист принимает решение о необходимости госпитализации пациента.

Уклонением от диспансерного наблюдения являются:

- неявка без уважительных причин (три и более раза) в государственную организацию здравоохранения в установленный врачом-специалистом срок для осмотра;
- несоблюдение врачебных предписаний или самовольное приостановление лечебных процедур;
- воспрепятствование проведению медицинского осмотра при посещении пациента врачом-специалистом по месту его жительства (месту пребывания).

Уважительными причинами неявки в государственную организацию здравоохранения в установленный врачом-специалистом срок для осмотра являются:

- наличие у пациента заболевания, лишающего его возможности явиться в государственную организацию здравоохранения;
- смерть кого-либо из родителей, усыновителей (удочерителей), детей, в том числе усыновленных (удочеренных), родных братьев и сестер, бабушки, дедушки, внуков, супруга (супруги), опекуна, попечителя;
- обстоятельства чрезвычайного характера или иные независящие от пациента обстоятельства, лишающие его возможности явиться в государственную организацию здравоохранения.

Причины неявки пациента в государственную организацию здравоохранения в установленный врачом-специалистом срок для осмотра по возможности подтверждаются документально.

Оказание психиатрической помощи в стационарных условиях осуществляется в случае, если состояние психического здоровья пациента или характер течения его психического расстройства (заболевания) требуют постоянного круглосуточного наблюдения врача-специалиста и интенсивного лечения.

Оказание психиатрической помощи в стационарных условиях осуществляется с письменного согласия пациента или его законного представителя, за исключением оказания такой помощи на основании:

- решения суда об удовлетворении заявления о принудительной госпитализации и лечении (далее – решение суда о принудительной госпитализации и лечении);
- определения (постановления) суда о применении принудительных мер безопасности и лечения, вынесенного по основаниям и в порядке, предусмотренным Уголовным кодексом и Уголовно-процессуальным кодексом Республики Беларусь;
- заключения врачебно-консультационной комиссии государственной организации здравоохранения о необходимости проведения принудительного психиатрического освидетельствования в стацио-

нарных условиях и санкции прокурора на проведение принудительного психиатрического освидетельствования;

- заключения врача-специалиста государственной организации здравоохранения о необходимости проведения принудительного психиатрического освидетельствования в стационарных условиях.

Несовершеннолетний пациент в возрасте до четырнадцати лет, а также лицо, признанное в установленном законом порядке недееспособным, госпитализируются в психиатрический стационар с согласия законного представителя.

В случае возражения одного из родителей, усыновителей (удочерителей) несовершеннолетнего пациента в возрасте до четырнадцати лет или при их отсутствии либо отсутствии иного его законного представителя, а также при отсутствии законного представителя лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, госпитализация осуществляется по решению органа опеки и попечительства. Решение органа опеки и попечительства может быть обжаловано в порядке, установленном законодательными актами.

Ст. 36 Закона устанавливает, что основанием для принудительной госпитализации и лечения является решение суда. Такое решение суда выносится в случае нахождения лица, страдающим психическим расстройством (заболеванием) и уклоняющегося от лечения в состоянии, которое обуславливает:

- его непосредственную опасность для себя и (или) иных лиц;
- его беспомощность;
- возможность причинения существенного вреда своему здоровью вследствие ухудшения состояния психического здоровья, если такое лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Уклонением от лечения лица, указанного в части второй настоящей статьи, являются:

- отказ от госпитализации в психиатрический стационар;
- несоблюдение врачебных предписаний, правил внутреннего распорядка, самовольное приостановление лечебных процедур в случае, когда психиатрическая помощь в психиатрическом стационаре оказывается с его согласия или согласия его законного представителя.

В случае вынесения врачебно-консультационной комиссией заключения о необходимости принудительной госпитализации и лечения психиатрический стационар в течение двух суток со дня госпитализации пациента, за исключением выходных и праздничных дней, подает в суд по месту жительства (месту пребывания) пациента или месту нахождения психиатрического стационара заявление о его принудительной госпитализации и лечении, к которому прилагается заключение о необходимости принудительной госпитализации и лечения, вынесенное врачебно-консультационной комиссией.

Заявление о принудительной госпитализации и лечении рассматривается судом в порядке, установленном Гражданским процессуальным кодексом Республики Беларусь.

Принудительная госпитализация и лечение пациента в психиатрическом стационаре продолжаются до выздоровления или значительного стойкого улучшения состояния его психического здоровья, при которых не требуется дальнейшее оказание психиатрической помощи в стационарных условиях.

В течение шести месяцев со дня госпитализации пациента на основании решения суда о принудительной госпитализации и лечении он подлежит психиатрическому освидетельствованию врачебно-консультационной комиссией не реже одного раза в месяц для определения необходимости продолжения лечения.

При необходимости продолжения лечения свыше шести месяцев психиатрический стационар не позднее десяти дней до истечения шести месяцев со дня госпитализации пациента подает в суд по месту нахождения психиатрического стационара заявление о продлении срока принудительной госпитализации и лечения, к которому прилагается заключение о необходимости продления срока принудительной госпитализации и лечения, вынесенное врачебно-консультационной комиссией.

Заявление о продлении срока принудительной госпитализации и лечения рассматривается судом в порядке, установленном Гражданским процессуальным кодексом Республики Беларусь.

При принятии судом решения о продлении срока принудительной госпитализации и лечения свыше шести месяцев психиатрическое освидетельствование проводится не реже одного раза в шесть месяцев.

В случае необходимости лечения пациента свыше двенадцати месяцев со дня госпитализации психиатрический стационар обращается в суд для продления срока принудительной госпитализации и лечения не реже одного раза в год.

Выписка пациента из психиатрического стационара производится в случае завершения психиатрического освидетельствования пациента, выздоровления или значительного стойкого улучшения состояния его психического здоровья, при которых не требуется дальнейшее оказание психиатрической помощи в стационарных условиях.

Выписка пациента, добровольно находящегося в психиатрическом стационаре, производится по его личному заявлению или заявлению его законного представителя по согласованию с лечащим врачом.

Выписка пациента, госпитализированного в психиатрический стационар на основании решения суда о принудительной госпитализации и лечении, производится по решению психиатрического стационара на основании заключения об обоснованности такой выписки, вынесенного врачебно-консультационной комиссией, либо при при-

нятии судом решения об отклонении заявления о продлении срока принудительной госпитализации и лечения.

Если основанием госпитализации являлось наличие у пациента психического расстройства (заболевания), которое обуславливалось непосредственной опасностью для иных лиц, психиатрический стационар обязан в письменной форме известить психиатрическую организацию и органы внутренних дел Республики Беларусь по месту жительства (месту пребывания) пациента о точной дате его предстоящей выписки в целях последующей организации оказания психиатрической помощи. О пациенте, имеющем психическое расстройство (заболевание), которое обуславливает непосредственную опасность для него, информируется в письменной форме только психиатрическая организация по месту жительства (месту пребывания) пациента.

Выписка пациента, к которому на основании определения (постановления) суда применены принудительные меры безопасности и лечения, производится на основании определения (постановления) суда.

5. Основания, порядок и назначение судебно-психиатрической экспертизы

В соответствии со ст. 31 Закона в целях установления психического состояния лица в ходе уголовного, административного, гражданского процессов проводится судебно-психиатрическая экспертиза.

Основания и порядок проведения судебно-психиатрической экспертизы устанавливаются Уголовно-процессуальным кодексом Республики Беларусь, Процессуально-исполнительным кодексом об административных правонарушениях, Гражданским процессуальным кодексом Республики Беларусь, иными актами законодательства.

Судебная экспертиза – процессуальное действие. Состоит из проведения исследований, дачи заключения экспертом по вопросам, разрешение которых требует специальных знаний в области науки, техники, искусства или ремесла и которые поставлены перед экспертом судом, судьей, органом дознания, лицом, производящим дознание следователем или прокурором, в целях установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу.

Судебно-психиатрическая экспертиза проводится экспертом-психиатром (экспертами-психиатрами) по постановлению органа (лица), назначившего экспертизу.

Экспертиза необходима при разрешении заявлений, сообщений о преступлениях, в ходе предварительного следствия, судебного разбирательства дел, рассмотрении дел об административных правонарушениях, а также по гражданским делам. Экспертиза включает научно-практическое исследование и дачу заключения эксперта на основе специальных знаний в сфере судебной психиатрии в целях установления фактических данных, имеющих значение для разрешения мате-

риала или дела, рассматриваемого в административном, гражданском или уголовном процессе.

Теоретической базой судебно-психиатрической экспертизой является судебная психиатрия, предметом изучения которой является состояние психического здоровья участников уголовного, гражданского и административного процессов.

Лица, обладающие познаниями в указанных областях, привлекаемые правоохранительными органами и судами для проведения исследований и дачи заключений, именуются экспертами. Эксперт в переводе с латинского языка означает опытный, а само проводимое ими исследование получило название экспертизы (испытывать, узнавать по опыту).

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

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

Органы, ведущие уголовный процесс (уголовное преследование и суд), имеют право назначения психиатрической экспертизы по Уголовно-процессуальному кодексу Республики Беларусь (далее – УПК). Не удовлетворить ходатайство о производстве судебно-психиатрической экспертизы можно, в том случае если найдут его недостаточно обоснованным. На практике такие случаи встречаются редко, так как следственно-судебные органы уделяют внимание вопросу о психическом состоянии обвиняемого.

Признав необходимым назначение судебной экспертизы, согласно ст. 227 УПК следователь, лицо, производящее дознание, выносит об этом постановление, где указываются фамилия эксперта или наименование организации, в которой должна быть произведена экспертиза, вопросы, поставленные перед экспертом, материалы, предоставляемые в распоряжение эксперта.

Судебная экспертиза производится государственными судебными экспертами и иными экспертами из числа лиц, обладающих специальными знаниями.

Следователь знакомит с постановлением о назначении судебной экспертизы подозреваемого, обвиняемого, его защитника и разъясняет им права, предусмотренные ст. 229 УПК. Составляется протокол, подписываемый следователем и лицами, которые ознакомлены с постановлением.

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

Назначение и проведение судебной экспертизы является обязательным согласно ст. 228 УПК при установлении причины смерти, характера и степени тяжести телесных повреждений, возраста подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего, когда это имеет значение для уголовного дела, а документы о возрасте отсутствуют или вызывают сомнения; психическое или физическое состояние подозреваемого, обвиняемого, когда возникает сомнение по поводу их виновности или способности самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном процессе; психическое или физическое состояния потерпевшего, если возникает сомнение в его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать о них показания.

Следователю необходимо произвести письменный запрос на имя главного врача, для получения медицинской документации об обвиняемом из психоневрологического диспансера (кабинета) по месту жительства. Важны сведения о состоянии здоровья обвиняемого во время посещения организаций здравоохранения, об обращении за медицинской помощью, лечении и реабилитации.

Особенности поведения обвиняемого (подозреваемого) во время следствия или правонарушения, странные высказывания, немотивированный отказ отвечать на вопросы, рассеянность, веселость, бессмысленные поступки во время допросов могут быть следствием психических расстройств. Заметив необычные особенности поведения, либо узнав об этом от родственников и друзей обвиняемого, следователь должен подробно расспросить родных о детстве, развитии, школьной успеваемости, интересах, увлечениях и других проявлениях, которые отражали бы особенности личности обвиняемого. Эти сведения необходимо подкрепить объективными материалами. Определенное значение имеют сведения о семейных взаимоотношениях, состоянии в браке. Необходимо выяснить у свидетелей данные об употреблении алкоголя и наркотических средств, лечении в психиатрических учреждениях. Обвиняемый может скрывать данные обстоятельства.

С учетом характера криминала, наличие противоречивости между совершенным действием и личностью обвиняемого, последова-

тельности его поступков, проявления агрессии и жестокости, следовательно 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.

По уголовным делам, где в качестве меры наказания предусмотрена смертная казнь, проведение судебно-психиатрической экспертизы является обязательным. При вынесении постановления о назначении судебно-психиатрической экспертизы таким лицам следователь должен указать, что обвиняемый направляется на экспертизу «в связи с тяжестью содеянного». Данная формулировка указывает экспертам-психиатрам, что следствие не располагает данными о болезненных расстройствах психики, но, учитывая особую тяжесть преступления. Среди таких подозрений занимает жестокость преступления, может быть связана с психическими расстройствами, например, бредовыми идеями или садистскими тенденциями.

Руководитель экспертного учреждения после получения постановления поручает производство судебной экспертизы конкретному эксперту или нескольким экспертам из числа работников данного учреждения и уведомляет об этом следователя. При этом руководитель экспертного учреждения, за исключением руководителя государственного судебно-экспертного учреждения, разъясняет эксперту его права и ответственность, предусмотренные ст. 61 УПК.

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 специализации, либо условий для проведения исследований. Обязательно указываются мотивы, по которым производится возврат.

При проведении судебной экспертизы вне экспертного учреждения следователь выдает постановление, необходимые материалы эксперту, разъясняет ему права и ответственность, предусмотренные ст. 61 УПК. Эксперт вправе возвратить без исполнения постановление, если представленных материалов недостаточно для производства судебной экспертизы или он считает, что не обладает достаточными знаниями для ее производства.

Согласно ч. 2 ст. 61 УПК эксперт вправе:

- знакомиться с материалами, относящимися к предмету экспертизы, и выписывать из них необходимые сведения;
- заявлять ходатайства о предоставлении ему дополнительных материалов, необходимых для дачи заключения: о привлечении к проведению экспертизы других экспертов, о принятии и иных лиц, которых он обоснованно считает близкими, а также имущества;

– с разрешения органа, ведущего уголовный процесс, участвовать в производстве следственных и других процессуальных действий, задавать допрашиваемым и другим лицам, участвующим в этих действиях, вопросы, относящиеся к предмету экспертизы;

– давать заключение, как по поставленным вопросам, так и по входящим в его компетенцию обстоятельствам, выявившимся при производстве экспертизы;

– знакомиться с протоколом следственного или другого процессуального действия, в котором он участвовал, а также в соответствующей части – с протоколом судебного заседания и делать подлежащие внесению в протокол замечания относительно полноты и правильности записи его действий и заключения;

– пользоваться бесплатной помощью переводчика;

– подавать жалобы на действия органа, ведущего уголовный процесс, ограничивающие его права при производстве экспертизы;

– получать возмещение расходов, понесенных при производстве экспертизы;

– получать возмещение понесенных им расходов и вознаграждение за выполненную им работу, не входящую в круг его прямых и служебных обязанностей.

В соответствии с ч. 4 ст. 61 УПК эксперт обязан:

– дать обоснованное и объективное заключение по поставленным перед ним вопросам;

– отказаться от дачи заключения, если поставленные вопросы выходят за пределы его специальных знаний или если представленные ему материалы недостаточны для ответа на эти вопросы, а также отказаться от дальнейшего проведения экспертизы, если он придет к выводу о невозможности дачи заключения, о чем письменно уведомить лицо, поручившее ему производство экспертизы, с обоснованием этого отказа;

– представить органу, ведущему уголовный процесс, документы, подтверждающие его специальную квалификацию;

– сообщить по требованию органа, ведущего уголовный процесс, а также сторон в судебном заседании сведения о своем профессиональном опыте и отношениях с лицами, участвующими в производстве по материалам и уголовному делу;

– являться по вызовам органа, ведущего уголовный процесс, для представления его участникам уголовного процесса и дачи ответов на их вопросы, а также для разъяснения содержания данного им заключения;

– представить по требованию органа, ведущего уголовный процесс, смету расходов на производство экспертизы, а также отчет о понесенных расходах;

- соблюдать порядок при производстве следственных действий и во время судебного заседания;

- не разглашать сведения об обстоятельствах уголовного дела и иные сведения, ставшие ему известными в связи с проведением экспертизы, если он был предупрежден об этом органом уголовного преследования или судом.

Эксперт также исполняет обязанности, предусмотренные соответствующим процессуальным законодательством.

Эксперт не вправе помимо органа, ведущего уголовный процесс, вести переговоры с участниками уголовного процесса по вопросам, связанным с проведением экспертизы; самостоятельно собирать материалы для исследования; проводить исследования, которые могут повлечь полное или частичное уничтожение объектов экспертизы либо изменение их внешнего вида или основных свойств, если на это не было специального разрешения органа, ведущего уголовный процесс.

Эксперт имеет право:

- знакомиться с материалами, относящимися к предмету экспертизы, и выписывать из них необходимые сведения;

- заявлять ходатайство о предоставлении ему дополнительных материалов, необходимых для дачи заключения: о привлечении к проведению экспертизы других экспертов, принятии мер по обеспечению его безопасности, членов семьи, близких родственников и иных лиц, которых он обоснованно считает близкими, а также имущества;

- с разрешения органа, ведущего уголовный процесс, участвовать в производстве следственных и других процессуальных действиях, задавать допрашиваемым и другим лицам, участвующим в этих действиях, вопросы, относящиеся к предмету экспертизы;

- знакомиться с протоколом следственного или другого процессуального действия, в котором он участвовал, а также в соответствующей части – с протоколом судебного заседания и делать подлежащие внесению в протокол замечания относительно полноты и правильности записи его действий и заключения;

- пользоваться бесплатной помощью переводчика;

- подавать жалобы на действия органа, ведущего уголовный процесс, ограничивающие его права при производстве экспертизы;

- получать возмещение расходов, понесенных при производстве экспертизы;

- получать возмещение понесенных им расходов и вознаграждение за выполненную им работу, не входящую в круг его прямых служебных обязанностей.

Эксперт также исполняет обязанности, предусмотренные соответствующим процессуальным законодательством.

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

За дачу заведомо ложного заключения эксперт несет ответственность в соответствии со ст. 401 Уголовного кодекса Республики Беларусь (далее – УК).

За разглашение данных предварительного расследования эксперт несет ответственность в соответствии со ст. 407 УК.

Судебно-психиатрическая экспертиза, как правило, проводится комиссией, состоящей из 3 экспертов (допускается проведение экспертизы двумя или даже одним специалистом). Более 3 экспертов включается в состав комиссии в особо сложных и ответственных случаях, что может быть сделано как по инициативе экспертного учреждения, так и по предписанию органа, назначающего персональный состав экспертов. Производство комиссионной экспертизы регламентируется ст. 232 УПК.

Экспертиза может проводиться одним экспертом, несколькими экспертами одной специальности (комиссионная экспертиза) или различных специальностей (комплексная экспертиза). Это формы экспертизы.

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

Виды судебно-психиатрической экспертизы:

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

Экспертиза в кабинете следователя проводится сравнительно редко. Проводится однократный осмотр обследуемого одним врачом-психиатром, который решает вопросы о психическом состоянии лица в настоящее время, необходимости проведения экспертизы, возможности подвергать обследуемого по состоянию психического здоровья допросам и проводить очные ставки с его участием и т.д.

Амбулаторная экспертиза проводится в психиатрических стационарах, диспансерах, следственных изоляторах.

Назначение амбулаторной экспертизы целесообразно в отношении подозреваемых, обвиняемых, совершивших правонарушение в состоянии алкогольного опьянения, с временным расстройством психической деятельности; не выраженном психическом расстройством (остаточные явления после травмы черепа, перенесенных инфекций и т.д.), ярко выраженном расстройством психической деятельности.

Стационарная экспертиза. Это наиболее приемлемый вид экспертизы, используется для распознавания болезни и определения ее тяжести: начальные этапы, стертые формы психических заболеваний, пограничные состояния; обследуемые нуждаются в проведении специальных лабораторных исследований; симуляция и диссимуляция заболеваний; повторные экспертизы.

Срок проведения экспертизы в соответствии с Инструкцией о проведении судебно-психиатрической и комплексной судебной психолого-психиатрической экспертиз не должен превышать 30 дней (Положения о Государственной службе медицинских судебных экспертиз, утвержденного Указом Президента Республики Беларусь от 29 декабря 2001 г. № 808). Однако, если указанный срок наблюдения оказывается недостаточным для ответа на поставленные вопросы, проводится комиссионное освидетельствование лица и составляется акт судебно-психиатрической экспертизы о необходимости продления наблюдения. Акт направляется назначившему экспертизу органу для принятия соответствующего решения.

В судебном заседании экспертиза назначается:

- обвиняемым, которые ранее не подвергались экспертному освидетельствованию, но вызвали сомнение в состоянии психического здоровья в процессе судебного рассмотрения. Эксперт сообщает суду о целесообразности назначения амбулаторной или стационарной экспертизы;
- обвиняемым, в отношении которых вопрос о вменяемости не решен;
- обвиняемым, в отношении которых в стадии предварительного следствия уже было дано заключение. Вызов экспертов в данном случае может быть обусловлен необходимостью разъяснения тех или иных положений экспертного заключения, сообщением неизвестных экспертам данных, которые, по мнению суда, могут иметь значение, изменением психического состояния и поведения обвиняемого, сомнением суда в правильности заключения;
- при выборе мер медицинского характера в отношении невменяемых.

Заочная экспертиза проводится только по материалам дела, если невозможно непосредственное обследование обвиняемого, или после смерти лица, когда необходимо выяснить его психическое состояние в

тот или иной период жизни. Посмертная экспертиза проводится в гражданском процессе при сомнении в психическом состоянии лица в момент составления им дарственного акта или завещания.

Заключение эксперта – представленные в письменном виде содержание исследования и выводы по вопросам, поставленным перед экспертом лицом, ведущим производство по уголовному делу, или сторонами (ст. 95 УПК).

Согласно ст. 88 УПК источником доказательств заключение эксперта является одним из видов доказательств и подлежит оценке судом (ст. 95, 105 УПК). Доказательство подлежит оценке достоверности, а все собранные доказательства в совокупности – достаточности для разрешения уголовного дела.

Заключение не является обязательным для органов уголовного преследования и суда, однако несогласие их с заключением должно быть ими мотивировано (ч. 2 ст. 95 УПК).

Предусмотрена единая форма заключения эксперта, которая обеспечивает возможность проверки, а именно: достаточности материалов, представленных эксперту для исследования; достоверности поставленных вопросов, относящихся к компетенции эксперта; полный объем исследования; обоснованность данного вида экспертизы; использования экспертом эффективных методов; логики экспертного заключения и соответствия сделанных экспертом выводов по результатам исследования.

Заключение эксперта оценивают судебные органы с позиции научной достоверности и доказательного значения выводов эксперта. Факты, установленные экспертом и содержащиеся в его заключении, являются одним из видов судебных доказательств. Доказательства для суда, прокурора, следователя, лица, производящего дознание, не имеют заранее установленной силы.

Статья 236 УПК предусматривает, что в заключение эксперта указываются сведения об эксперте: когда, где и кем (фамилия, имя, отчество, образование, специальность, стаж работы по специальности, ученая степень и ученое звание, занимаемая должность); на каком основании проведена экспертиза; отметка, удостоверенная подписью эксперта о том, что он предупрежден об ответственности, установленной законодательными актами, а также об уголовной ответственности за отказ или уклонение от исполнения без уважительных причин возложенных на него обязанностей, или за дачу заведомо ложного заключения; кто присутствовал при проведении экспертизы и какие давал пояснения; какие материалы использовал эксперт и какие произвел исследования; поставленные эксперту вопросы и его мотивированные ответы; вещественные доказательства, образцы, полученные экспериментальным путем и используемые для сравнения, а также

фотографии, схемы, графики, таблицы и другие дополнительные материалы, подтверждающие выводы эксперта.

Разделы акта судебно-психиатрической экспертизы: 1) введение; 2) сведения о прошлой жизни; 3) описание физического, неврологического и психического состояния; 4) мотивировочная часть; заключительная часть.

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

Во втором разделе акта учитывается анамнез жизни, психическое состояние (заболевание) испытуемого, необходимое для формирования выводов, поведение испытуемого в период совершения инкриминируемого ему деяния. Последнее имеет особое значение, когда речь идет о возможности временного расстройства психической деятельности в период, относящийся к совершенному деянию.

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

Мотивировочная и заключительная части во многих современных руководствах рассматриваются как единое целое. В данном случае выводы, ответы испытуемого на поставленные вопросы (заключительная часть) и их обоснование со ссылкой на фактические данные, приведенные в предшествующих частях акта (мотивировочная часть). Обычно делается вывод о наличии или отсутствии психического расстройства у испытуемого, затем дается заключение о выраженности этого расстройства и его влиянии на способность лица выполнять ту или иную социальную юридически значимую функцию (быть вменяемым, дееспособным свидетелем и т.п.). Эти выводы обосновываются данными анамнеза и собственных обследований. В дальнейшем следуют ответы на другие более частные вопросы, поставленные перед экспертами, а также их обоснование.

Выводы максимально четкие и определенные. Допускаются предположительные ответы лишь на некоторые специальные вопросы, не имеющие определяющего значения для оценки способности к выполнению юридически значимой функции, по поводу которой назначена экспертиза. Документ составляется в двух экземплярах, один из которых остается в архиве, другой направляется в учреждение, назначившее экспертизу. Документы заверяются печатью экспертного учреждения.

Для оценки судебно-психиатрического заключения требуются юридические, судебно-психиатрические знания. Поэтому они включены в систему юридического образования.

При несогласии с экспертным заключением назначается повторная экспертиза. Экспертные заключения оцениваются в зависимости от их научной убедительности и соответствия фактическим данным уголовного, гражданского дела.

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

– Имеет субъект в настоящее время психическое заболевание? Если да, то какое?

– Страдал ли субъект психическим заболеванием в момент совершения общественно опасного деяния?

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

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

– Нуждается в применении мер медицинского характера обвиняемый с психическим заболеванием и каких именно?

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

На разрешение эксперта не должны ставиться:

– вопросы общего характера (они должны касаться только конкретного человека);

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

– вопрос о достоверности (правильности) показаний;

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

– вопрос о соответствии психического развития паспортному возрасту.

В соответствии со сформулированным в УК принципом вины (ст. 3 УК), лицо подлежит уголовной ответственности только за те совершенные им общественно опасных действий (бездействия) и наступившие общественно опасные последствия, предусмотренные настоящим Кодексом, в отношении которых установлена его вина, то есть умысел или неосторожность.

6. Общая структура организации судебно-психиатрической службы

В Республике Беларусь создана единая система Государственной службы медицинских экспертиз, куда относится и судебная экспертиза. Руководит управлением государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь по области и г. Минска начальник управления. Имеются три заместителя:

- заместитель начальника управления, в подчинении которого управление криминалистических экспертиз и учетов, управление специальных и технических экспертиз;

- заместитель начальника управления – главный государственный судебно-медицинских эксперт по области, г. Минска в подчинении которого находится управление судебно-психиатрических экспертиз, управление судебно-медицинских экспертиз, управление лабораторных исследований вещественных доказательств биологического характера (кроме Минской области), а также отдел биотрансплантантов (только по г. Минску);

- заместитель начальника управления, в подчинении которого находится управление финансов и тыла.

В аппарате начальника управления имеется управление координации служебной деятельности, отдел кадров и идеологической работы и отдел режимно-секретной деятельности и делопроизводства.







Схема данной структуры управления государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь по области и г. Минску, выглядит следующим образом (схема 1).

Руководит структурой районного (межрайонного), в том числе г. Минска, городского отдела государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь начальник. Данная структура представлена на схеме 2.





Карта размещения подразделений судебно-психиатрической экспертизы в Республике Беларусь

-  - отдел стационарных судебно-психиатрических экспертиз
-  - отдел сложных экспертиз и контрольно-методической работы
-  - отдел судебно-психологических экспертиз
-  - отдел судебной психолого-криминалистической экспертизы письма
-  - отдел амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз
-  - отделение судебно-психиатрических экспертиз



Судебно-психиатрическое экспертное подразделение (далее экспертное подразделение) – специализированное амбулаторное или стационарное психиатрическое структурное подразделение медицинского судебно-экспертного учреждения, предназначенное для проведения судебно-психиатрической и комплексной судебно-психиатрической экспертиз.

Судебно-психиатрический экспертный стационар (далее экспертный стационар) – психиатрическое структурное подразделение медицинского судебно-экспертного учреждения, которое предназначено для круглосуточного содержания лиц, в отношении которых назначена стационарная судебно-психиатрическая экспертиза.

ТЕМА № 2. Краткие сведения о центральной нервной системе человека. Общие понятия о психическом заболевании в современной психиатрии. Расстройства психической деятельности. Судебно-психиатрическая оценка

Цель занятия: обучение студентов общих понятий о нервной системе и расстройстве психической деятельности человека.

Задачи: усвоение общих понятий о симптомах, синдромах заболеваний в современной психиатрии. Судебно-психиатрическая оценка.

1. Краткие сведения о центральной нервной системе

Нервная система – система органов, осуществляющая связь организма с внешней средой и играющая ведущую роль во взаимосвязи органов между собой и тем самым в регуляции и координации всех функций организма.

Нервная система (*sustema nervosum*) – комплекс анатомических структур, обеспечивающих индивидуальное приспособление организма к внешней среде и регуляцию деятельности отдельных органов и тканей. Нервная система состоит из ткани, основным структурным и функциональным элементом которой являются нервные клетки – нейроны. Нервная система подразделяется на центральную и периферическую.

К центральной нервной системе относится головной мозг (состоит из трех основных структур: больших полушарий, мозжечка и ствола) и спинной мозг (находится внутри позвоночного столба, защищен костной тканью, имеет цилиндрическую форму, покрыт тремя оболочками). Периферическая нервная система состоит из: нервных корешков, стволов, сплетений узлов – ганглий (чувствительные и вегетативные), окончания и нервов.

В составе нервов имеются афферентные (проводящие импульсы от рецепторов в центральную нервную систему) и эфферентные (проводящие импульсы от центральной нервной системы ко всем органам и тканям) нервные волокна.

В основе деятельности нервной системы лежит рефлекс, т.е. реакция организма на раздражение рецепторов, осуществляемая с помощью центральной нервной системы. В организме имеются рецепторы, воспринимающие раздражения из внешней среды (экстерорецеп-

торы – органы зрения, слуха, обоняния и др.) и из внутренних органов (интерорецепторы).

Осуществляемые с помощью нервной системы ответы организма на воздействие данного раздражителя бывает врожденными (безусловный рефлекс) и приобретенными в течение жизни (условный рефлекс).

В основе представлений о функциях нервной системы лежит нейронная теория, согласно которой элементарной структурной единицей нервной системы признается нервная клетка. Важнейшим свойством нейрона является его способность переходить в состояние возбуждения. Физиологические свойства нервных клеток, механизмы их взаимосвязей и влияний на различные органы и ткани определяют основные функции нервной системы.

Нервная система функционирует по принципу рефлекса, который внешне проявляется изменением деятельности органов, тканей или целостного организма при раздражении рецепторов агентами внешней или внутренней среды.

Структурной основой рефлекса является так называемая рефлекторная дуга – рецепторы, афферентные нервные волокна, центральная нервная система, эфферентные нервные волокна, эффектор. Высшим регулятором всех функций организма, устанавливающим тонкие адекватные взаимоотношения организма с окружающей средой, является кора большого мозга. Высшие формы деятельности нервной системы связаны с формированием целенаправленного поведения, которое включает механизмы обучения и памяти. Центральная нервная система, особенно такие структуры головного мозга, как ретикулярная формация и таламус, формирует состояния сна и бодрствования человека. Лимбические образования мозга являются структурной основой возникновения эмоциональных состояний. Механизмы работы нервной системы – основа психической деятельности человека, обогащенной развитием речи, на базе которой у человека формируется абстрактное мышление. Все образования нервной системы имеют высокий уровень обмена веществ. Основным поставщиком энергии для нервной системы является глюкоза.

Методы исследования состояния структур и функции нервной системы. Наиболее эффективными остаются клинические методы неврологического, нейропсихологического обследования пациента, в основе которых лежит общение врача с пациентом, имеющее огромное значение в диагностике патологии нервной системы и адекватном подборе индивидуально эффективной терапии.

Нервная система является наиболее интегрированной системой организма, представляющей в структурном, функциональном отношении единое целое. Поражение нервной системы сопровождается нарушениями функции внутренних органов при патологии нервной системы.

2. Общие понятия о психическом заболевании в современной психиатрии

Важный этап в эволюции психиатрических знаний относится к середине XIX столетия. Установлено, что психические болезни – это заболевания головного мозга.

Психическое заболевание – результат сложных и разнообразных нарушений деятельности систем организма человека, с преимущественным поражением головного мозга, основными признаками которого являются расстройства психических функций, сопровождающиеся нарушением критики и социальной адаптации.

Нарушения психической деятельности, по выражению И.П. Павлова, приводят пациента «в трудные, тяжелые, вредоносные столкновения как с природой, так и с другими людьми...».

Существуют врожденные и приобретенные причины психических заболеваний, которые обнаруживаются в раннем и преклонном возрасте. Среди приобретенных причин чаще встречаются травматические повреждения головного мозга, инфекционные болезни.

Внутриутробные травмы, инфекционные и другие болезни матери во время беременности, и как следствие, – «уродства» новорожденного. В результате нервная система и в первую очередь головной мозг формируются неправильно. У некоторых детей происходит отставание в развитии, а иногда и непропорциональный рост мозга.

Наследственные факторы, обусловленные неправильным расхождением хромосом. В частности, аномалия 21-й хромосомы вызывает болезнь Дауна. Современная генетика считает, что информация, определяющая строение организма, заключена в хромосомах – образованиях, имеющих в каждой живой клетке. Однако, в подавляющем большинстве случаев речь идет о наследственной предрасположенности к психическим заболеваниям.

Поражение головного мозга вследствие перенесенной черепно-мозговой травмы, нарушения мозгового кровообращения, прогрессирующего склероза сосудов мозга и других болезнях. Перенесенные в любом возрасте контузии, ранения, ушибы, сотрясения мозга могут привести к психическим нарушениям. Они проявляются либо сразу же, непосредственно после травмы (психомоторное возбуждение, потеря памяти и др.), либо спустя какое-то время (в виде различных отклонений, в том числе и судорожных припадков).

Такие инфекционные заболевания, как сыпной, брюшной тиф, скарлатина, дифтерия, корь, грипп, энцефалиты, менингиты, так и действие токсических, ядовитых, наркотических средств, злоупотребление алкогольных напитков могут приводить к поражению головного мозга и вызывать психические расстройства.

Социальные потрясения и психотравмирующие переживания человека такие, как угроза здоровью или жизни близкого родственника, потеря чести, достоинства, социального престижа данной личности и т.д. свойственна четкая причинная зависимость, «звучание» волнующей темы во всех переживаниях пациента и относительная кратковременность.

Доказано, что на психическое состояние человека влияют тип личности, индивидуальные черты характера, уровень интеллекта, профессия, внешняя среда, состояние здоровья.

3. Классификация психических расстройств

В психиатрии заболевания различают «эндогенные» – шизофрения, маниакально-депрессивный психоз и «экзогенные», спровоцированные воздействием окружающей среды.

Классификация психических расстройств – одна из наиболее важных и сложных проблем психиатрии. Существуют три основных принципа классификации психических расстройств.

Синдромологический принцип. Теоретической базой синдромологического подхода является концепция «единого психоза».

В основе концепции лежит представление о единой природе различных психических расстройств. Различие в клинической картине объясняется наблюдением пациентов на различных этапах болезни.

Установление этиологических факторов отдельных психических заболеваний поставило под сомнение концепцию единого психоза. При назначении лекарственной терапии, которая на настоящем этапе развития психиатрии все еще носит так называемый «синдромологический» характер, врачи ориентируются не на причину психических расстройств, а на выявляемые психопатологические симптомы и синдромы.

Нозологический принцип заключается в разделении болезней на основании общности этиологии, патогенеза и единообразия клинической картины.

По этиологическому принципу психические заболевания разделяют на эндогенные, экзогенные и психогенные.

В развитии эндогенных заболеваний большую роль играет наследственность. Обычно на эндогенное заболевание указывает спонтанный характер возникновения болезни и мало зависящее от внешних условий течение болезни.

Экзогенные психические расстройства включают болезни, обусловленные внешними факторами – черепно-мозговыми травмами, инфекциями, интоксикациями.

Особая разновидность экзогенных заболеваний – психогении. Возникновение психогенных заболеваний связано с эмоциональным стрессом, семейными и социальными проблемами.

Традиционным является разделение психических расстройств на органические и функциональные. Наличие отчетливых изменений в

структуре мозга приводит к появлению стойкой негативной симптоматики – нарушений памяти, интеллекта.

Статистический принцип приобретает особое значение в связи с созданием национальных и международных организаций, регулирующих экономические, социальные и правовые вопросы психиатрической помощи.

Планирование медицинских и социальных мероприятий невозможно без достоверных данных о распространенности психических расстройств. Решение юридических вопросов зависит от точности и достоверности поставленного диагноза. Используется международная классификация психических и поведенческих расстройств в соответствии с международной классификацией болезни 10-го пересмотра (МКБ-10), разработанная Всемирной организацией здравоохранения.

В Республике Беларусь используется международная классификация психических и поведенческих расстройств (МКБ-10). Каждый включенный в классификацию диагноз может быть представлен в виде шифра, состоящего из буквы («F» для психических расстройств) и нескольких цифр.

В МКБ-10 понятие «болезнь» заменено более широким термином «расстройство». Не используются понятия «невроз» и «психоз», «эндогенный» и «психогенный». Классификация не отрицает этиологического подхода. В частности используются такие общепринятые нозологические единицы как шизофрения, органическое расстройство, реакция на стресс. Этиологический принцип используется при условии отсутствия существенных разногласий при оценке природы расстройства. Однако чаще диагноз в МКБ-10 основывается на выделении ведущего психопатологического синдрома.

В судебной психиатрии принята несколько иная классификация психических заболеваний, которая исходит из медицинского критерия невменяемости. Согласно этой классификации нарушения психической деятельности подразделяются на хронические, временные психические расстройства, слабоумие и иные болезненные состояния психики.

Клиническая картина психических заболеваний не является постоянной. Степень изменений и темп динамики могут быть различны. Изменение клинической картины заболевания, состояния пациента имеют судебно-психиатрическое значение. Экспертам важно знать, каковы были болезненные проявления психики пациента во время совершения правонарушения, в период следствия или экспертизы. Эксперты учитывают дальнейшее течение болезни, прогноз, что важно при решении вопроса о назначении и отмене мер медицинского характера, при освидетельствовании осужденных.

Существуют психические заболевания, которые быстро развиваются, длятся непродолжительное время и заканчиваются полным вы-

здоровлением (алкогольные психозы, острые психозы при общих инфекционных заболеваниях, острые реактивные состояния).

Другие заболевания отличаются длительным течением, причем многие из них характеризуются постепенным нарастанием психических нарушений.

Одни из психических заболеваний протекают непрерывно с постепенным нарастанием психических нарушений и приводят к необратимому дефекту психики, к приобретенному в результате болезни слабоумию. В других случаях течение заболевания прерывистое, с периодами ремиссии и обострениями, после которых психические нарушения становятся более тяжелыми. Однако, это не значит, что во всех случаях обязательно развивается слабоумие, тяжелая психическая инвалидность. Прогрессирование болезни может не приводить к слабоумию, а вызывать лишь изменения личности и характера человека. Сохраняется упорядоченное поведение пациента, трудоспособность. Для таких заболеваний характерны длительные периоды улучшения на фоне лечения.

Исследование психического состояния, т.е. оценка психопатологической картины, представляет собой сложный процесс – от оценки явных признаков до познания сущности расстройства, которое не может быть воспринято непосредственно, а определяется в результате наблюдения и обобщения признаков и построения на этой основе логического вывода. Выделение отдельного признака – симптома – является также многоступенчатым процессом, в котором существенное место занимает объединение его с другими близкими по своей внутренней структуре признаками. В связи с этим необходимо рассмотреть соотношение понятий «симптом» и «синдром». Отдельные признаки, которые выделяют врачи из клинической картины патологического процесса при постановке диагноза, называются симптомами. Определенные сочетания симптомов, имеющих закономерные внутренние связи, являются синдромами.

С выявлением симптомов, синдромов начинается обследование пациента. Взятые сами по себе, изолированно, ни симптомы, ни синдромы не обладают нозологической специфичностью, то есть не могут служить целям установления психиатрического диагноза.

Основная единица общей психопатологии – синдром – закономерное сочетание отдельных симптомов, представляющий собой своеобразную интеграцию предшествовавшего течения заболевания и содержащий признаки, позволяющие судить о дальнейшей динамике состояния и заболевании в целом. Отдельный симптом не может, несмотря на свою значимость, считаться психопатологической единицей, так как он приобретает значение только в совокупности и взаимосвязи с остальными симптомами – в симптомокомплексе, или в синдроме. Симптомы заболевания – это отдельные признаки болезни

(температура, боль, тошнота, рвота). Для клинической картины разных заболеваний характерны одинаковые симптомы, которые, сочетаясь, образуют симптомокомплексы, или синдромы.

Основные симптомы психических заболеваний

Совокупность симптомов и синдромов, наблюдаемых в динамике, складываются в клиническую картину заболевания, которая, с учетом этиологии (причин), течения, исхода и патологической анатомии образует отдельные, так называемые нозологические единицы болезней. Нарушения психического здоровья человека затрагивают процессы восприятия, мышления, воли, памяти, сознания, влечений, эмоций. Эти нарушения встречаются у пациентов в различных сочетаниях, комплексно.

Расстройства восприятия

Познание – это отражение человеком окружающего внешнего мира. Различают чувственное, непосредственное познание, которое составляет наши ощущения, восприятия, представления и абстрактное познание, когда мир познается при помощи мышления в словесно оформленных понятиях и суждениях. При психических заболеваниях имеются преимущественные нарушения каждого из указанных видов познания.

Человек воспринимает окружающий мир и ориентируется в нем при помощи анализаторов. Раздражение анализаторов теми или иными предметами и явлениями внешнего мира обуславливает возникновение восприятий – отражения в нашем сознании предмета в целом.

Восприятие – психический процесс, при котором ощущения, получаемые от раздражителей внешней и внутренней среды, переводятся в осознаваемую информацию.

Иллюзии – это искаженные восприятия реально существующих объектов. Иллюзии не всегда бывают результатом болезненного восприятия.

Существуют физиологические иллюзии, свойственные психически здоровым людям и обусловленные законами живой и неживой природы. Различают физические и психические иллюзии.

Физические иллюзии обуславливаются объективными свойствами окружающей среды. Например, чайная ложка в стакане воды кажется преломленной (наблюдаем предмет в различных средах преломления, т.е. физическими законами).

Психические иллюзии (аффективные или эмоциональные) связаны с изменением чувственной сферы человека. В частности, на фоне ощущения страха обычные предметы воспринимаются как устрашающие образы, слабый треск, как выстрел.

Различают зрительные иллюзии (дерево воспринимается как человеческая фигура, наклонившаяся ветка – как протянутая рука). Они возникают обычно в полумраке и при плохом освещении, на фоне

тревожного настроения. Зрительные иллюзии образного, иногда фантастического содержания называются *парейдолиями*. Стоящая на полке ваза воспринимается как экзотическое увеличенных размеров вещь; окружающие предметы – как фантастические существа; отдельные узоры штор превращаются в сцены фантастических событий. Парейдолии чаще возникают на фоне резкой тревоги, страха, при начальных состояниях помрачения сознания.

Различают слуховые, вкусовые, тактильные, обонятельные иллюзии. В одних случаях они элементарны – шум дождя воспринимается как шепот, отдельные звуки, как выстрелы. В других, при вербальных (словесных) иллюзиях, – в посторонних разговорах или звуках субъект слышит отдельные слова в свой адрес. Если в слышимом непрерывно воспринимаются целые фразы, говорят об *иллюзорном галлюцинозе*. Вербальные иллюзии, и особенно иллюзорный галлюциноз, обычно имеют осуждающее или угрожающее содержание. Для них характерны аффект напряженной тревоги и подозрительность.

Галлюцинации представляют собой мнимое восприятие. Это восприятие без объекта. По существу, галлюцинации – произвольное, интенсивно чувственное представление, которое проецируется в реальный мир и получает свойства объективной действительности. Галлюцинации практически не встречаются у здоровых и обычно свидетельствуют о наличии психического расстройства.

Истинные галлюцинации различают по органам чувств, а также могут быть простыми и сложными.

Слуховые галлюцинации встречаются в виде «голосов» (вербальные галлюцинации). Пациент слышит слова, относящиеся к его действиям, мыслям. Голоса то угрожают, то обвиняют в чем-нибудь, то руководят его поступками. Он слышит нашептывания, вступает с голосами в беседу, спорит с ними, закрывает уши руками, мимика пациента отражает характер переживаний. В некоторых случаях галлюцинации появляются в момент засыпания и сопровождаются страхом. Особо следует отметить так называемые императивные (повелительные) галлюцинации, под влиянием которых пациент может совершить внезапные и непонятные для окружающих поступки. Он подчиняется решительному приказанию автоматически. Слуховые галлюцинации чаще всего наблюдаются при шизофрении и при некоторых алкогольных психозах.

Зрительные галлюцинации встречаются реже других, они не столь продолжительны, как слуховые, которые могут продолжаться годами. Очень яркими бывают зрительные галлюцинации у лиц, злоупотребляющих алкоголем. Им видятся звери, чудовища, черти, вещи преображаются, одна картина быстро сменяется другой.

Тактильные галлюцинации – неприятные ощущения, возникающие в кожных покровах (щекотание, ползание, давление), соотноси-

мое с определенными неодушевленными предметами (кристаллы, кусочки инородных тел), или живыми существами (насекомые, мелкие животные и т.п.). Пациенты точно описывают внешние признаки (твердые, маленькие с длинными ножками и т.д.).

Обонятельные и вкусовые галлюцинации встречаются реже. Пациенты ощущают воздействие отравляющих газов, будто специально пущенные в комнату запахи. Особый привкус пищи кажется пациенту, будто бы подмешан яд. В связи с этим наблюдается отказ от пищи, недоверие к окружающим, всякие предосторожности. Обонятельные галлюцинации проявляются и в том, что пациенты воспринимают запах, якобы исходящий от них самих, из чего они заключают, что заживо разлагаются.

Псевдогаллюцинации – произвольные, обычно с ощущением насильственности, восприятия, возникающие без наличия реального объекта, но все-таки «особые» образы. С точки зрения пациента «воздействием на него извне» чьей-то воли, как правило, локализованные вне доступности для органов чувств, например, зрительный образ за спиной, внутри головы.

Образ чувственно яркий и конкретный, проецируется вовне, чаще существует интропроекция (локализуется пациентом не в объективном, а в субъективном пространстве – видится или слышится «мысленно», «умом», «внутренним оком» и т.п.).

В отличие от истинных галлюцинаций псевдогаллюцинации не отождествляются с реальными предметами, т.е. лишены характера объективной реальности. Вместе с тем критическое отношение к псевдогаллюцинациям отсутствует. Псевдогаллюцинации различают слуховые, зрительные, обонятельные, вкусовые, осязательные, общего чувства, со всеми присущими им особенностями (например, зрительные псевдогаллюцинации могут быть элементарными и сложными, бесцветными и окрашенными).

Функциональные галлюцинации по механизму возникновения занимают промежуточное положение между собственно галлюцинациями и иллюзиями. Появляются только при наличии реального внешнего раздражителя и продолжают, не сливаясь с ним, отдельно, до тех пор, пока действует этот раздражитель. Пациент реально слышит стук колес поезда, и одновременно возникают слова «свинья, свинья, свинья», при остановке поезда эти слова исчезают.

Гипногогические галлюцинации – видения или слуховые обманы, возникающие при закрытых глазах перед засыпанием или в дремотном состоянии.

Гипнопомпические галлюцинации – видения, реже слуховые обманы, возникающие в период пробуждения.

К рецепторным расстройствам относят наиболее элементарные симптомы психических болезней: гиперестезии, гипестезии, сенестопатии, метаморфопсии, дереализация.

Гиперестезии – повышение восприимчивости к внешним раздражениям, нейтрально воспринимаемым человеком в нормальном состоянии. Пациентам кажется свет чересчур ярким, звуки – оглушительно громкими, прикосновения – грубыми. Интенсивность раздражителя не превышает обычных, привычных для организма порогов.

Гипестезии, когда чувствительность, напротив, понижается, объекты кажутся бесформенными, тусклыми, звуки утрачивают интонацию.

Сенестопатии – неприятные, тягостные неопределенные ощущения, исходящие из различных частей тела – жжение, щекотание, стягивание, давление, не имеющие под собой реальных причин.

Метаморфопсии – изменение восприятия величины и формы предметов и пространства, например, потолок в комнате кажется наклоненным, либо улица выглядит бесконечно длинной, также могут изменяться размеры частей своего тела.

Дереализация – сложный по природе симптом, заключающийся в чувстве призрачности окружающего, когда мир видится «словно через сетку», «словно во сне», чувство действительности утрачивается; к этому состоянию близки понятия «уже виденного» и «никогда не виденного», когда впервые увиденный объект кажется до боли знакомым, либо наоборот.

Олицетворенное осознание – чувство, будто в помещении, где пациент находится один, кто-то присутствует, с одновременным ощущением ошибочности этого чувства.

Расстройство осознания времени (ускорение, замедление, полное отсутствие).

Расстройство апперцепции – невозможность устанавливать связи между явлениями и понимать смысл происходящего.

Расстройства ориентировки во времени, в данной ситуации, месте, собственной личности:

- растерянность (аффект недоумения) – неприятное непонимание своего состояния, которое осознается как необычное (в таком состоянии больной допытывается: «Что произошло? Что со мной случилось?»);

- деперсонализация – расстройство осознания собственной личности, ощущение чуждости своих мыслей, чувств, поступков вплоть до ощущения их «сделанности», искусственного привнесения извне, в качестве продукта чьей-то воли и вплоть до утраты самосознания.

Судебно-психиатрическое значение расстройств восприятия заключается в том, что они нарушают правильное отношение к внешнему миру и приводят к действиям, представляющим социальную опасность. Это связано с бредовым толкованием действительности. Более

самостоятельное значение имеют повелительные (императивные) галлюцинации. Они ведут к действиям, лишенным каких либо мотивов, даже бредовых.

Расстройства памяти

Память – психический процесс накопления, хранения и использования информации, воспринятой человеком в различные периоды жизни. Память бывает разного типа.

Эмоциональная память – в виде запоминания чувств, вдохновения, радости, печали, ужаса.

Двигательная память – выражающаяся в запоминании различного рода движений.

Образная, известная под названием зрительной, слуховой, вкусовой и тому подобных видов памяти, характеризующихся запечатлением образов предметов и явлений, воспринимаемых через различные органы чувств.

Словесно-логическая память в виде запечатления и сохранения мысли, обозначенной словами.

Установлено, что у разных людей может в какой-то степени преобладать тот или иной тип памяти. Однако при этом словесно-логическая память у любого человека занимает ведущее положение.

Расстройства памяти – способности запоминать (фиксировать), хранить, воспроизводить произвольно в правильном порядке информацию, разнообразны.

Гипермнезия – усиление памяти по сравнению с нормой. Она может наблюдаться при некоторых состояниях повышенного самочувствия и деятельности у пациентов, страдающих психическим расстройством, например, при маниакально-депрессивном психозе в маниакальной его фазе. Пациенты способны к запоминанию и воспроизведению многочисленных фактов и событий жизни. Они с поразительной легкостью фиксируют в своей памяти, хотя и ненадолго и беспорядочно, все, что попадает в зону их крайне неустойчивого и меняющего свой объект внимания. Без каких-либо затруднений, удивительно быстро и непринужденно, вспоминают мелкие эпизоды и частные детали прошлого, демонстрируя богатство памяти. Однако память лишена целеустремленности, поверхностна, случайна. Гипермнезия может наблюдаться в клинике инфекционных психозов.

Противоположное явление – гипомнезия — ослабление памяти. Оно заключается в том, что человек утрачивает способность воспроизводить в памяти по своему усмотрению события, относящиеся к недавнему или отдаленному прошлому.

К другим не менее важным расстройствам памяти относится амнезия – отсутствие воспоминаний, пробелы в памяти, когда из нее полностью выпадают события, относящиеся к определенному периоду

времени. Выделяют фиксационную амнезию – потерю способности запоминать, фиксировать текущие события, прогрессирующую амнезию – опустошение памяти, причем сначала забываются события недавнего прошлого, а затем более отдаленные (закон Рибо).

В ряде случаев амнезия охватывает строго ограниченный отрезок жизни пациентов. Так, например, после травмы головного мозга, сопровождающейся потерей сознания, пациенты не помнят событий, следовавших непосредственно после травмы – антероградная амнезия. Наблюдения показывают, что такая амнезия распространяется не только на период бессознательного состояния, но также и на время, когда поведение пациента рассматривается как нормальное.

При травмах головного мозга, некоторых других заболеваниях, стрессах наблюдается выпадение из памяти событий, предшествовавших травме. Выпадают события, охватывающие тот или иной отрезок времени (часы, дни и даже месяцы и годы). Такая амнезия носит название ретроградной.

Конградная амнезия охватывает период потери сознания. Следует отметить, что при черепно-мозговой травме (либо другом событии) эти виды расстройств памяти могут встречаться одновременно. Пациент забывает период до, во время и после потери сознания. В таких случаях говорят о ретроантероградной амнезии. Потерю способности запоминать текущие события обозначают как фиксационную амнезию. Прогрессирующее последовательное нарастание процессов опустошения, утраты запасов памяти, развивающееся в направлении от событий недавнего прошлого к отдаленным, касающимся детства, юности, носит название прогрессирующая амнезия.

Ретардированная амнезия (запаздывающая) – потеря памяти на события, происходившие во время психического расстройства, в том числе утрата воспоминаний о самих психических заболеваниях.

Кроме расстройств памяти в виде ослабления и выпадения, могут наблюдаться и ее болезненные извращения. Такие расстройства определяются понятием парамнезии – обманы памяти.

Псевдореминисценции, или ложные воспоминания – бывшие в действительности события, перенесенные в другие периоды времени.

Конфабуляции – измышления, выдумки, заполняющие грубые провалы памяти у пациентов с амнезией.

Криптомнезии – потеря различия между реально происходившими с пациентом событиями, о которых он слышал или читал.

В судебно-психиатрической практике приходится иметь дело с испытуемыми, которые ссылаются на полное «запамятование» того, что связано с их преступлением. К этим заявлениям необходимо относиться с достаточной критикой, так как иногда ссылка на амнезию – наиболее легкий путь самозащиты, к которому испытуемые нередко

прибегают. Отсюда ясно, насколько важна экспертная оценка памяти подэкспертных.

Понятие и виды нарушения интеллекта

Вся совокупность мыслительных функций с возможностью образования отвлеченных понятий, суждений и умозаключений вместе с вниманием, памятью, запасом представлений и слов, а также аффективно-волевыми свойствами личности составляет интеллект (ум, разум человека).

Психологи определяют интеллект как совокупность всех способностей, всей одаренности и мыслительных возможностей личности, необходимых для приспособления к жизненным задачам. Понятие об интеллекте, таким образом, является целостным понятием, в которое формы и содержание мышления входят лишь как составная часть.

Интеллект сводится не только к способности мыслить. Кроме возможности рассуждать, в интеллекте играет важную роль подвижность мысли, аффективная живость, концентрация внимания, память, а также объем знаний и словарный запас.

Возможность суждений и умозаключений, выражающихся в понимании соотношения вещей, связей и отношений между предметами и явлениями, а также в возможности предвидения, составляет существенную часть интеллекта.

Существуют различные типы интеллекта даже у здорового человека. Один рассуждает быстро, при случае делает ошибки, но считается умным человеком, другой рассуждает медленно, редко ошибается, но зато, когда требуется быстрота суждения, он становится беспомощным и производит впечатление человека недалекого.

В развитии интеллекта основную роль играют общественные условия, в которых развивается данная личность. Личность рождается, обладая определенным, биологическим субстратом (мозговыми «задатками»), который, будучи полноценным или неполноценным, богатым или бедным, определяет возможности будущего развития индивидуума. Общественная среда с различным воспитанием и образованием создает различную структуру интеллекта. Очень часто человек слышит за «малоодаренного» только потому, что он является социально запущенным и педагогически отсталым. При благоприятных условиях интеллект такого человека может достичь очень высокой степени развития. В этих случаях материальный субстрат личности здоров, но вследствие неблагоприятных условий личность получила неправильную социальную направленность.

Различают предпосылки интеллекта и собственно интеллект. Предпосылки интеллекта – это отдельные психические функции, такие, как память, благодаря которой накапливается определенный запас знаний, внимание, некоторые механизмы моторных проявлений,

темп функционирования, утомляемость, речевая одаренность. Нарушение предпосылок интеллекта может препятствовать его проявлению. Собственно интеллект состоит из почти неограниченного ряда способностей и функций – способность к логическому мышлению, абстрагированию, комбинаторике, находчивость, остроумие, оригинальность мышления, умение творчески применять знания и т.п.

Стойкое, малообратимое снижение уровня психической, в первую очередь, интеллектуальной деятельности, включается в понятие слабоумие.

Различают слабоумие приобретенное вследствие заболеваний мозга, вызывающих его повреждение (деменция), и врожденное, когда у детей с рождения или с самого раннего возраста выявляется умственная отсталость. Последний вид слабоумия обычно определяется как малоумие (олигофрения). Между приобретенным и врожденным слабоумием имеются существенные различия. Эти различия определяются тем, что в основе приобретенного слабоумия лежит разрушение развитого мозга, в основе врожденного – природные изъяны, недоразвитие. Человека, ставшего слабоумным, образно можно сравнить с разорившимся богачом, а родившегося умственно отсталым – с бедняком.

Судебно-психиатрическое значение нарушений интеллекта. Слабоумные больные очень внушаемы и, попадая в силу этого под влияние других лиц, могут совершать различные преступления. Под влиянием алкоголя у таких лиц растормаживаются инстинкты, что тоже может явиться причиной различных преступлений, в том числе и половых.

Расстройства мышления

Между чувственным и абстрактным познанием мира имеется тесная неразрывная связь и единство. Процесс мышления осуществляется при помощи анализа всего наблюдавшегося, т.е. выделения отдельных элементов и одновременного их синтеза, установления между ними связи, мысленное воспроизведение цельной картины. В основе анализа лежит соответствующая деятельность коры больших полушарий головного мозга. К анализу и синтезу человек в процессе мышления всегда привлекает предшествующий личный опыт, а через полученные знания – широкий общественный опыт.

Кроме анализа и синтеза в процесс мышления входят еще и другие мыслительные операции: сравнение, различие, обобщение, абстракция и др. Еще более высоким качеством мышления является то, что определяется понятием «критика». Речь идет о возможностях человека правильно оценивать жизненную ситуацию, намечать реальные планы, определять свое отношение к различным социальным проблемам и событиям. При этом мышление выступает как средство утверждения личности в обществе и неразрывно связано с такими высшими специфическими качествами, как сознание, воля, мировоззрение.

Таким образом, мышление – это психический процесс, который заключается в отражении человеческим мозгом общих свойств предметов и явлений внешнего мира, установлении связей между ними.

Расстройства мышления у психически больных весьма разнообразны. Причем, может страиваться как форма, так и содержание мышления.

Расстройства мышления неотделимы от нарушения речи. Устная и письменная речь отражает мысли и является наиболее надежным средством проникновения в них, ознакомления с содержанием мышления. Речь пациентов также раскрывает особенности их мышления, его темп, различные формы, характер расстройств.

Основные формы расстройств мышления

Патологически ускоренное мышление (скачка мыслей)

При этом пациент быстро переходит от одной мысли к другой, не успевая высказать одно суждение, перескакивает ко второму, затем к третьему и т.д. Создается впечатление развертывания кинематографического фильма с часто сменяющимися друг друга представлениями, понятиями и суждениями. Характерным для скачки идей является то, что при быстрой смене мыслей внешняя связь их в известной мере не нарушается. Речь соответственно становится торопливой и непоследовательной. Неправильно рассматривать скачку идей как результат усиления, продуктивности процесса мышления, как результат ускорения «течения представлений». При скачке идей имеется лишь видимость возбуждения мыслительной деятельности. Процесс мышления в смысле его глубины и последовательности при этом не усилен, а, наоборот, ослаблен. Основным расстройством при скачке идей является ослабление внимания, выражающееся в отвлекаемости.

Замедленное, заторможенное мышление

При этом расстройстве мышления имеется резкое замедление темпа течения мыслей. Пациент медленно отвечает на вопросы. Время ассоциативной словесной реакции резко удлиняется. Объекты мышления дольше удерживаются в сознании и более старательно формулируются, чем в норме. Пациенту при мышлении субъективно как бы приходится преодолевать тяжелое препятствие. По своему содержанию заторможенное мышление характеризуется бедностью представлений, понятий и суждений. Пациент жалуется, что ему «ничего не приходит на ум». При заторможенном мышлении мыслительный процесс медленный, с препятствиями.

Обстоятельное мышление

Обстоятельность, чрезмерное детализирование, вязкость и витиеватость, с приведением массы несущественных подробностей, неумение кратко формулировать свою мысль является характерной особенностью этого вида мышления. На обстоятельное мышление трудно воздейство-

вать извне: его можно прервать, но не удастся надолго отклонить на другую тему. По своему содержанию обстоятельное мышление во всех своих видах в основном проявляется в слабости суждений благодаря тому, что в нем мало отличается существенное от несущественного.

Резонерствующее мышление

Под резонерствующим мышлением понимается пустое рассуждательство, т.е. глубококомысленное на вид, но крайне бессодержательное и бедное суждениями мышление.

Персеверирующее мышление (или персеверация мышления). Персеверация представляет собой расстройство мышления, выражающееся в том, что больной застревает на каком-либо представлении, на какой-то одной мысли, без последующего ее продолжения. Так, обращаясь к пациенту с просьбой называть ряд предметов, мы замечаем, что всю серию, показанных ему объектов, он называет именем первого. Показывают, например, пациенту по очереди отвертку, карандаш, ручку. Он всем этим предметам дает название «отвертка». Основное при персеверации, по-видимому, заключается в том, что в сознании не всплывают новые представления, благодаря чему пациент вынужден повторять старые. Этот симптом у здоровых людей может появляться под влиянием резкого утомления после длительной речи. Встречается он также во время резкого опьянения (повторение опьяневшим одних и тех же фраз, застревание на определенном круге представлений «ты меня уважаешь»).

Разорванное мышление

Характерным и специфическим расстройством является здесь нарушение связи и порядка в мыслительном процессе. При разорванном мышлении два случайно встретившихся представления соединяются в одно понятие, или обрывки мыслей неправильно соединяются в одну новую мысль.

Крайним выражением разорванности мышления является шизофазия (разорванность речи), или «словесная крошка». При этом пациент уже не проецирует никаких сколько-нибудь определенных мыслей, а пользуется отрывочными понятиями и представлениями.

Внешнее сходство с разорванностью мышления имеет другое расстройство – бессвязность мышления. Но в отличие от разорванности мышления здесь наступает полная утрата смыслового содержания речи, внешняя грамматическая форма фраз резко страдает, промежуточные звенья между обрывками мыслей выпадают, и речевая продукция пациента принимает совершенно бессвязный характер.

Бредовые идеи

Расстройство мышления может выражаться в образовании так называемых бредовых идей. Бредовые идеи являются чрезвычайно важным симптомом при психических заболеваниях. Появление бредовых

идей является несомненным признаком психического расстройства и указывает на тяжелое нарушение суждения.

Бредовые идеи определяются как возникающие на почве психической болезни ошибочные мысли с высокой субъективной уверенностью в их достоверности, не поддающиеся коррекции.

Основу понятия бредовой идеи составляют:

- возникновение на болезненном состоянии;
- извращенное, ошибочное, не соответствующее реальности содержание мысли;
- субъективная уверенность в достоверности этой идеи;
- невозможность коррекции.

Специфическим для бредовой идеи является глубокая субъективная уверенность пациента в достоверности, правильности высказываемых им бредовых идей. При этом уверенность эта вытекает не столько из реальных познаний, сколько из внутренней убежденности пациента. Отсюда невозможность коррекции – исправления бредовых идей, невозможность убедить пациента в ошибочности высказываемого им бредового суждения.

Наиболее распространена в настоящее время классификация бредовых идей по их основному содержанию.

Бред величия может выразиться в том, что пациент чувствует себя необычайно сильным и умным. Иногда бред величия выражается в бредовых идеях богатства.

При бреде изобретательства пациенты изобретают различные фантастические приборы, например, вечные двигатели, которые должны осчастливить человечество, составляют нелепые проекты «научных» открытий, придумывают фантастические методы лечения и т.д., которые совершат переворот в промышленности, экономике, науке или технике, проявляют иногда поразительную настойчивость, не угасающую на протяжении всей жизни. Они добиваются того или другого в различных ведомствах, действительно иногда получают некоторые суммы для производства опытов, объявляются затем мошенниками, привлекаются к ответственности и, наконец, попадают в психиатрические больницы.

Чувство собственной славы, привлекательности и красоты может вызвать у больного эротический бред. Больному может казаться, что им заинтересована определенная особа, иногда занимающая высокое положение в обществе, которая ищет возможности сблизиться с ним. Он пишет ей любовные письма, ищет с ней встреч. У него много жен, необычайная половая сила, все в него влюблены.

Бред самоуничижения, самообвинения и греховности. Больные при этом ищут всевозможных поводов для самообвинения. Считая себя несчастными, потерянными людьми, опозоренными перед общест-

вом, способными приносить лишь несчастье своим близким и всем окружающим, они виновны перед близкими и перед обществом, их ждет возмездие за якобы совершенные ими преступления, считают себя обманщиками, изменниками, ворами и т.д., они недостойны уважения и прочее. Так, пациент считал себя развратником, потому что на улице он обращал внимание на красивых женщин, проходивших мимо него. Он неисправимый спекулянт, так как однажды он выменял буханку хлеба на пачку сигарет с выгодой для себя.

Бред обнищания и бред материального ущерба особенно типичны для старческих психозов. Одновременно с состоянием тревожной тоскливости у этих больных могут появиться опасения, что они лишились своего имущества, что им предстоит умереть голодной смертью.

Ипохондрический бред или бред болезни ведет к переживанию в действительности не имеющих места болезней, которые, однако, кажутся тяжкими, неизлечимыми. Постоянное наблюдение за собой, выискивание отдельных симптомов занимает все внимание пациента, в отдельных случаях жалобы касаются таких заболеваний, как сифилис, туберкулез, рак. Опыт и время ничего в этом отношении не изменяют. Пациент непрерывно заявляет, что у него проваливается нос, хотя нос никаких изменений своей формы не претерпел. Он уверяет, что «рак» разрушает его внутренности, что ему остался месяц жизни, но проходит год, и ничто его не убеждает в противоположном. Ипохондрические идеи выражаются нередко в бесконечных, иногда сменяющихся жалобах на неприятные ощущения в сердце, легких, спине, ногах, голове и т.д., причем объективное исследование никаких отклонений от нормы не обнаруживает. В некоторых случаях начало душевного заболевания проявляется в форме своеобразных ипохондрических жалоб.

Бред преследования заключается в том, что пациент видит себя окруженным врагами, имеющими цель уничтожить, устранить его. Мотивы преследования различны. Пациент полагает, что хотят перехватить его ценные изобретения, что он невыгоден врагам благодаря имеющимся у него сведениям о них и т.д. В некоторых случаях пациенты ничем не могут объяснить того, что они стали преследуемыми. Естественно, чувствующие постоянную угрозу пациенты прибегают к мерам предосторожности, стараются «замести следы», но всякий раз оказывается, что враги нашли новые средства и пути для преследования.

Существует еще своеобразная форма бреда преследования в виде сутяжного бреда. Обычно бред здесь начинает развиваться после (правильного или неправильного) осуждения пациента. В результате решения суда пациент серии судебных процессов в различных инстанциях, выдвигая жалобы на пристрастное к нему отношение судей,

на то, что они якобы находятся в заговоре против него, стремясь его погубить и т.п.

Бред отношения и значения находится в близкой связи с бредом преследования и часто неотделим от него. При бреде отношения различные малозначительные жизненные факты приобретают в глазах пациента особое значение. Например, встречный прохожий плюнул – это имеет отношение к пациенту, «хотел этим показать, что его презирает». Дома за обедом ему подали блюда из мозгов – «это значит, что его считают глупым». На стул положили кусок веревки, этим хотели сказать, что «он должен быть повешен». На столе стоит свеча – «значит он должен умереть». При бреде отношения пациент видит во всем намеки, имеющие особое значение и отношение к его личности. В газетах он видит косвенные указания на себя, то же самое он наблюдает в самых невинных словах окружающих.

Бред физического воздействия. Обычно пациенты при этом охотно говорят о гипнотическом влиянии, которое ощущают на себе. Возникает убеждение, что на них действуют разного рода физическими силами: таинственными лучами, магнитами, электричеством, радиоволнами, атомной энергией и т.п., причиняя тем самым очень тяжелые мучения. Иногда пациенты жалуются, что при помощи такого рода физических воздействий преследующие их враги пытаются их уничтожить, либо вредно влиять на их здоровье, половую сферу и т.п.

Следует еще упомянуть об одной довольно часто встречающейся форме бредовых идей, так называемом бреде ревности, или бреде супружеской неверности. При этой форме бреда пациент подозревает, что жена его заводит тайные связи с другими мужчинами – он это заметил по ее смущенному виду, по беспорядку в прическе и прочему. Та же форма бреда может встречаться и у женщин, убежденных в измене своего мужа, видящих во всякого рода ничего не значащих мелочах доказательства половых связей мужа с другими женщинами.

Навязчивые и сверхценные идеи

Навязчивыми идеями называются представления и мысли, произвольно вторгающиеся в сознание пациента, который понимает всю нелепость их и в то же время не может с ними бороться.

В состав этого синдрома, наряду с навязчивыми мыслями, входят навязчивые страхи (фобии) и навязчивые влечения к действиям. Обычно эти болезненные явления не встречаются порознь, а бывают тесно связаны друг с другом, составляя вместе навязчивое состояние.

Характерным для навязчивых состояний является признак их доминирования в сознании при наличии критического отношения к ним со стороны пациента.

Навязчивые мысли иногда могут эпизодически появляться и у здоровых лиц. Они связаны нередко с переутомлением, иногда возникая

после бессонной ночи, и обычно носят характер навязчивых воспоминаний (какой-либо мелодии, строки из стихотворения, какого-либо числа, имени, зрительного образа и пр.). Часто навязчивое воспоминание по своему содержанию относится к какому-либо тяжелому переживанию устрашающего характера. Основное свойство навязчивых воспоминаний заключается в том, что, несмотря на нежелание о них думать, мысли эти навязчиво всплывают в сознании здорового человека.

У пациента навязчивые мысли могут наполнить все содержание мышления и нарушить нормальное его течение.

Навязчивые мысли отличаются от бредовых идей тем, что, во-первых, больной к навязчивым мыслям относится критически, понимая их болезненность и необоснованность, во-вторых, тем, что навязчивые мысли обычно носят непостоянный характер, часто возникая эпизодически, как бы приступами, в-третьих, они не обязательно возникают на болезненной почве.

Характерными при навязчивом мышлении являются сомнения, неуверенность, сопровождаемые напряженным чувством тревоги. Это эмоциональное состояние тревожной напряженности является специфическим фоном навязчивых состояний.

Содержание болезненных навязчивых мыслей может быть разнообразным. Чаще всего встречается так называемое навязчивое сомнение, которое в не резко выраженной форме периодически может наблюдаться и у здоровых. У пациентов навязчивое сомнение приобретает весьма тягостный характер. Он вынужден постоянно думать о том, например, не загрязнил ли он себе рук прикосновением к ручке дверей, не внес ли он в дом заразу, не забыл ли потушить свет, спрятал ли он важные бумаги, правильно ли написал или сделал то, что ему было нужно и т.д.

Навязчивые состояния нередко проявляются в виде страха. Навязчивые страхи являются весьма тягостным переживанием, выражающимся в немотивированном страхе с сердцебиением, потливостью и т.д., навязчиво возникающем в связи с какой-либо, часто самой обычной жизненной ситуацией. Сюда относятся: страх перейти через большие площади или через широкие улицы – боязнь пространства; страх перед замкнутым, тесным пространством, например, боязнь узких коридоров, сюда же можно отнести навязчивый страх при нахождении среди толпы людей; навязчивая боязнь острых предметов – ножей, вилок, булавок, например, боязнь проглотить гвоздь или иголку в пищу, боязнь покраснеть, которая может сопровождаться покраснением лица, но может быть и без покраснения, загрязнения; страх смерти. Описано множество других видов фобий вплоть до навязчивого страха перед возможностью появления самого страха.

Навязчивые влечения к действиям также частично связаны с навязчивыми мыслями, а, кроме того, со страхами, и могут вытекать непосредственно как из тех, так и из других. Навязчивые влечения к действиям выражаются в том, что больные чувствуют непреодолимую потребность совершать тот или иной поступок. После совершения последнего больной сразу успокаивается. Если пациент пытается сопротивляться этой навязчивой потребности, то он переживает очень тяжелое состояние эмоциональной напряженности, от которого он может избавиться, лишь совершив навязчивое действие.

Навязчивые влечения к действиям разнообразны по своему содержанию, например, стремление к частому мытью рук, считать какие-либо предметы (ступеньки лестниц, окна, проходящих мимо людей и т.д.), читать встречающиеся на улице вывески, стремление произносить циничные ругательства (иногда шепотом), особенно в неподходящей обстановке, стремление к совершению поджогов (пиромания), краже различных вещей (клептомания).

Иногда пациенты придумывают различные сложные защитные ритуалы для того, чтобы освободить себя от сомнений и страхов.

Сверхценные идеи занимают промежуточное место между навязчивыми и бредовыми идеями. Под сверхценными идеями следует понимать ошибочные либо односторонние суждения или группы суждений, которые вследствие своей резкой аффективной окраски получают перевес над всеми остальными идеями, причем доминирующее значение этих идей держится в течение длительного времени. В отличие от навязчивых состояний, они положительно эмоционально окрашены. Причем возникают эти идеи не против желания субъекта, а в силу его чувственной потребности в них. Сверхценные идеи – это глубокое убеждение, которое человек ценит, которым он дорожит (у ученого, сильно увлеченного какой-либо теорией, не имеющей реального обоснования; художника, захваченного определенной фантастической идеей; у религиозного фанатика, глубоко преданного своим убеждениям и т.д.). Сверхценные идеи могут вырастать на основе борьбы за нарушенные права, за неосуществимые изобретения. Сверхценные идеи тесно спаиваются со всей личностью субъекта. Формально механизмы мышления при сверхценных идеях не нарушаются, поддаются корригированию, иначе говоря, путем веских логических доводов, нередко с большим трудом, все же удается убедить субъекта в ошибочности его суждения.

В норме каждая идея, каждое суждение имеет для субъекта ту или иную ценность. В силу резко выраженной спаянности сверхценных идей с личностью субъекта достоверность их для данного субъекта не подлежит сомнению.

При сверхценных идеях заряженность их чувством (аффектом) так сильна, что они с большим трудом поддаются логическому корригированию. Корригирование сверхценной идеи состоит не только в осознании субъектом ее ошибочности, но еще и в том, что она должна потерять доминирующее значение в ряде других суждений.

Судебно-психиатрическая оценка расстройств мышления

В судебно-психиатрическом плане наибольший интерес представляют бредовые и сверхценные идеи. Судебно-психиатрическое значение бредовых идей особенно велико, так как бредовая идея легко занимает доминирующее положение в психике больного и создает резко неправильное отношение к окружающему миру. Речь в первую очередь идет о пациентах с бредом преследования, воздействия, отношения, так как обороняясь, нередко нападают и часто совершают тяжкие правонарушения.

Под влиянием сверхценных идей, возникающих вследствие чувства обиды, слепой любви и ревности, или вследствие непризнания и борьбы, могут возникать правонарушения, совершаемые под напором интенсивных психических переживаний, в силу большой эмоциональной заряженности.

Расстройства эмоций

Если внимание, память и другие проявления психической деятельности человека остаются как бы за занавесом, то его эмоциональное восприятие окружающего и своих переживаний все время находится на авансцене.

Удовлетворенность или неудовлетворенность, интерес или равнодушие, беспокойство, подавленность, опасение, страх, предвкушение приятного, воодушевление, радость, – любое из этих состояний накладывает своеобразный отпечаток на весь облик человека. Именно в эмоциональной сфере наиболее ярко проявляются те или иные особенности каждого человека, его отношение к себе, к своим близким, к друзьям и врагам. Эмоции как бы «освещают» и «окрашивают» в те или иные тона интеллект, интересы, искания человека.

Эмоция или чувство могут существенно повлиять на течение других психических процессов, ускорить или замедлить мыслительную деятельность, сделать ее более продуктивной или наоборот.

Эмоциями называют определенные переживания, которые выражают субъективное отношение человека к окружающему и к самому себе, на пути к удовлетворению своих потребностей.

Нелегко отграничить эмоции от близких к ним явлений. Одни ученые склонны отождествлять эмоции с потребностями живых организмов, другие с инстинктами, третьи – с так называемыми мотивациями. Однако все это хотя и близкие, но разные явления. Эмоции могут быть связаны с потребностями, инстинктами или мотивациями, входить в них

в качестве составной части, но отождествлять эти понятия нельзя. Одна и та же эмоция может возникнуть по самым различным поводам. Скажем, эмоция удовольствия сопровождает удовлетворение потребности и в пище, и в одежде, и в чтении хорошей книги.

Предложены несколько теорий, объясняющих возникновение эмоций у человека.

Согласно одной из них, простые, элементарные эмоции возникают как результат обобщения испытываемых ощущений и стремлений. Они направлены на поддержание жизни организма и обеспечение продолжения рода. Возникнув на каком-то раннем этапе развития живого, простые эмоции оказались полезны организмам, так как обеспечили им хотя и приблизительную, но зато быструю обобщенную оценку воздействующих на них раздражителей, оценку того, что происходит внутри организма и в окружающей его среде. Это позволило организмам быстро, и в большинстве случаев правильно, т.е. выгодно для себя реагировать на постоянно возникающие изменения условий существования и, таким образом, приспосабливаться к этим изменениям.

Другая теория предполагает, что механизмы эмоций включаются в тех случаях, когда ситуация оказывается не совсем понятной, не совсем ясной, «странной». Согласно такой информационной теории эмоций последние возникают при недостатке сведений, необходимых для достижения цели. Замечая, компенсируя этот недостаток, они обеспечивают продолжение действий, способствуют поиску новой информации и тем самым повышают надежность живой системы.

В зависимости от силы, влияния на активность человека эмоции делят на стенические (от греч. «стенос» – сила) и астенические (частица «а» означает отрицание). Стенические – это те, что возбуждают, активизируют (радость, гнев), а астенические, наоборот, подавляют активность, действуют угнетающе (страх, тоска). Выделяют также положительные (радость) и отрицательные (страх, гнев) эмоции, ибо им, как чувственным переживаниям, прежде всего свойственны именно полярные характеристики (приятное – неприятное).

Известно, что человек унаследовал механизм эмоций от своих животных предков. Поэтому часть эмоций человека совпадает с эмоциями животных, например, ярость, страх. Это простейшие эмоции, связанные с удовлетворением органических потребностей. С развитием мышления и разума, а также высших человеческих потребностей на базе простейших эмоций сформировались более сложные – человеческие чувства.

Таким образом, различают простые эмоции и эмоции высшего порядка – чувства. Эмоции в процессе эволюции возникли раньше чувств, они свойственны не только человеку, но и животным и выражают отношение к удовлетворению физиологических потребностей. Чувства развились на базе эмоций, при взаимодействии с разумом, с

интеллектом, в ходе формирования общественных взаимоотношений и свойственны они лишь человеку.

Чувство – это одна из форм отражения действительности, выражающая субъективное отношение человека к удовлетворению своих потребностей, к соответствию или несоответствию чего-либо его представлениям.

Чувства условно делят на этические (моральные, нравственные), интеллектуальные (познавательные) и эстетические. Этические чувства формируются у человека в процессе воспитания. В их основе лежит знание норм поведения, требований морали, принятых в данном обществе. К этическим чувствам относятся чувство товарищества, дружбы, раскаяния, долга и т.п. Факторы, обуславливающие те или иные этические чувства, в определенной степени изменчивы и во многом зависят от принятых в данный период в данном обществе норм поведения, требований морали.

Познавательные чувства можно рассматривать как двигатель прогресса человеческого общества. Первая ступень познания – стремление к чувственному исследованию с целью выявить приятное или неприятное. Со временем познавательные чувства усложняются, среди них появляются такие, как чувства догадки, недоумения, сомнения, удивления, чувство жажды познания, поиска, в том числе и научного.

Эстетические чувства в процессе отражения человеком действительности занимают особое место. В основе их лежит способность к восприятию гармонии и красоты. Возникновение и сущность эстетических чувств невозможно понять вне связи с такими категориями, как художественный образ и эстетический вкус.

Художественный образ – объект, вызывающий эстетические чувства. Это может быть природный ландшафт, произведение искусства, удовлетворяющие требованиям эстетики, промышленное изделие и т.д. Восприятие произведений искусства может вызвать у человека и гнев, и радость, и жалость, и печаль, и презрение. При частом повторении эстетические чувства входят в «эмоциональный фонд» человека, обогащают его, делают доступным для него понимание таких переживаний, с которыми он сам в жизни не сталкивался, да и не может столкнуться. Эти чувства начинают влиять на его поведение, и в этом, возможно, облагораживающее значение искусства.

Английские социологи установили, что дети, которые учатся или учились музыке, совершают в шесть раз меньше правонарушений, чем их сверстники, лишённые музыкального воспитания. Утрата эстетических вкусов равносильна утрате счастья и, может быть, вредно отражается на умственных способностях, а еще вероятнее – на нравственных качествах, так как обедняет эмоциональную сторону нашей жизни.

В эмоции выделяют две составные части: первую (и главную) – субъективное, эмоциональное переживание (приятного или неприятного характера) и вторую – эмоциональное выражение, т.е., сопутствующие этому переживанию изменения мимики, жестов, позы, а также вегетативные реакции (покраснение или побледнение лица, сердцебиение и т.д.)

Внешнее выражение – мимика, жесты, поза – очень важный, хотя и весьма индивидуальный изменчивый элемент эмоций. Путем внешних выразительных движений достигается значительное воздействие субъекта на окружающих его людей, «заразительность» эмоций. Неслучайно этим приемом умело пользуются и актеры и ораторы, чтобы увлечь зрителя и слушателя. В мимике (выразительные движения лица) и пантомимике (выразительные движения всего тела) могут найти свое отображение самые тонкие оттенки тех или других эмоциональных переживаний.

Все эмоции психологи условно делят на настроения, страсти и аффекты.

Настроение – эмоциональное состояние, которое обычно не бывает чрезмерно ярким, но зато характеризуется относительной устойчивостью. Настроение может быть грустным или спокойно-умиротворенным; тревожным или тоскливым, торжественным или веселым. Оно является, по сути дела, фоновым эмоциональным состоянием – эмоциональным фоном.

Страсть – сильное в глубокое длительное эмоциональное состояние. Она подчиняет себе основную направленность мыслей и поступков человека, стимулирует его к активной деятельности, целью которой является удовлетворение совершенно определенных желаний. Алкоголик испытывает страсть к спиртным напиткам, карточный игрок к картам.

Аффекты – обычно кратковременные, но предельно яркие, бурные эмоциональные вспышки (восторг, гнев, ярость, ужас и т.п.), состояния эмоционального возбуждения высшей степени. Аффекты, как правило, возникают в связи с совершенно определенными раздражителями и поэтому всегда конкретно направлены. В состоянии аффекта человек, действует под влиянием главным образом эмоций. Контроль со стороны сознания при этом ослаблен, и возможны мгновения, во время которых действия вообще ускользают из-под контроля рассудка.

Основные виды расстройств эмоций

Маниакальное состояние или мания. В основе этого расстройства эмоциональной сферы лежит повышенное настроение, достигающее патологической степени, которое зависит не столько от внешних, сколько от внутренних факторов. Непонятное, не вытекающее из ситуации и обстоятельств жизни данного больного, это патологическое повышение настроения складывается из ощущения бодрости, свежести

сти, необычного прилива сил. На фоне повышенного настроения могут возникать аффективные реакции (вспышки гнева), вызванные внешним фактором. У пациента отмечается ускорение всей психической деятельности, в том числе и двигательной, привлекая к себе внимание окружающих, затевает какие-либо проказы и шумные игры.

Для депрессивного состояния характерны симптомы, прямо противоположные тем, которые встречаются при маниакальном состоянии. Главным здесь является подавленность эмоциональной сферы – тоска, уныние, мрачные предчувствия, ощущение дискомфорта. Тоску можно назвать витальной, поскольку она связана с ощущением соматического неблагополучия. Причем, эта тоска может быть настолько сильной, что человек может покончить с собой. При депрессивных состояниях, в отличие от маниакального состояния конфликтов почти не бывает, но депрессия иногда так выражена, что пациента нельзя оставлять без надзора из-за опасности самоубийства.

Эйфория. У здоровых людей – это состояние удовольствия, блаженства, благодушия. У пациентов, страдающих психическими заболеваниями – патологически приподнятое настроение, не адекватное ни окружающей действительности, ни физическому состоянию. Пациенты, например, радостны, беспечны, полны радужных планов, а вместе с тем они доживают последние дни. В отличие от маниакального состояния, радостное, эйфорическое состояние может сопровождаться общей вялостью, с ослаблением всех психических функций, при отсутствии интеллектуальной живости и стремления к деятельности, при наличии более или менее выраженного слабоумия. Повышенное настроение, нередкоходящее до степени эйфории, с ощущением беспричинного веселья и полного благополучия, наблюдается у пьяных и наркоманов.

Дисфория – расстройство, при котором наблюдается немотивированное тоскливо-злобно-раздражительное настроение. Начинаются эти расстройства внезапно, без видимого повода и также неожиданно заканчиваются. Продолжительность этих состояний колеблется от нескольких часов до нескольких дней. Больной не находит себе места, ничем не может заняться, становится придирчивым, по незначительному поводу вступает в пререкания и ссоры с окружающими, нередко становясь агрессивным.

Эмоциональная лабильность (подвижность, легкость, неустойчивость). В норме повышенная эмоциональная возбудимость свойственна детям, особенно в дошкольном возрасте. Эмоциональная лабильность бывает и при неврозах. Такие пациенты плачут в кино, при чтении и вообще по малейшему поводу. Здесь сочетается повышенная возбудимость и неумение одерживать эмоции.

Крайняя степень эмоциональной лабильности проявляется в эмоциональном слабодушии, или «недержании» эмоций, что встречается при атеросклеротических поражениях головного мозга у лиц пожилого возраста.

Амбивалентность – двойственность, противоречивость эмоций с одновременным сочетанием, например, любви и ненависти к одному и тому же человеку. Элементы такой двойственности умеренно выраженные имеют место и у здоровых людей. Поведение человека определяется не одним стремлением, а взаимодействием многих. Поэтому удовлетворение одних стремлений в то же время может сочетаться с неудовлетворением других.

Очень часто вступают в конфликт высшие чувства с теми чувствами, которые мы относим к более простым. Например, чувство чести и чувство долга вступают в конфликт с чувством страха.

Неадекватность эмоций. К частым симптомам нарушения чувственной сферы относится неадекватность эмоций. Переживания при этом не соответствуют случаю, вызвавшему их. Так, например, встреча с близкими и ранее любимыми людьми вызывают чувство досады или недовольства и, наоборот, неприятное известие радует.

Эмоциональная тупость. В результате некоторых тяжелых психических заболеваний наступает опустошение эмоциональной сферы, развивается эмоциональная тупость. Даже при тщательном наблюдении у пациентов с этим расстройством не удается вызвать какой-либо чувственной реакции. С полным безразличием относятся они к собственному положению, к судьбе близких. Пациенты ничего не хотят: не хотят двигаться, и их приходится выводить на прогулку помимо их воли, не хотят принимать пищу, и их зачастую кормят насильно. Они живы, но ко всему безразличны, и это приводит их к полной пассивности, безынициативности, инертности. Особенно характерен этот симптом для шизофрении.

Судебно-психиатрическая экспертиза аффекта

Эксплозивность – эмоциональная неустойчивость, возбудимость, взрывчатость, вспыльчивость, гневливость. Крайняя же степень эксплозивности, по существу, – аффект. Аффектами называются чрезвычайно сильные, быстро возникающие в ответ на сильный внешний раздражитель и бурно протекающие кратковременные эмоциональные состояния. Аффекты возникают, большей частью, внезапно и продолжаются иногда всего несколько минут. В состоянии аффекта сознание, способность представлять и мыслить суживаются, подавляются. При этом сильное эмоциональное возбуждение проявляется в бурных движениях, в беспорядочной речи, часто в выкриках. Действия человека при аффектах проявляются в виде «взрывов».

Согласно УК Республики Беларусь состояние внезапно возникшего сильного душевного волнения (аффекта), вызванного насилием, издевательством или тяжким оскорблением со стороны потерпевшего либо иными противоправными или аморальными действиями (бездействием) потерпевшего, а равно длительной психотравмирующей ситуацией, возникшей в связи с систематическим противоправным или аморальным поведением потерпевшего, служит смягчающим обстоятельством.

Необходимо отметить, что новый УК расширил понятие «аффекта» применительно к квалификации преступлений по соответствующим статьям УК, что позволяет говорить в настоящее время о составах преступлений, предусмотренных ст. 141, 150 УК не только в случаях физиологического аффекта в чистом виде, но и других эмоциональных состояний.

Содержание юридического понятия сильного душевного волнения охватывается сложившимся в психологии понятием физиологического аффекта, как чрезвычайно сильного, быстро возникающего и бурно протекающего кратковременного эмоционального состояния.

Исторически определение «физиологический» было введено, чтобы подчеркнуть отличие простого, нормального аффекта от патологического, показать, что его физиологическую основу составляют естественные для здорового человека нейродинамические процессы. В связи с тем, что причины физиологических явлений, наблюдающихся при аффекте, имеют психологическую природу, диагностика и исследование физиологического аффекта относятся к компетенции судебно-психологической экспертизы. В психологии аффектами называют сильные и относительно кратковременные эмоциональные переживания, сопровождаемые резко выраженными двигательными и висцеральными проявлениями. Они рассматриваются как временные психические изменения, не имеющие болезненного характера.

Физиологический аффект – такое эмоциональное состояние лица, при котором оно является вменяемым, однако его сознание существенно ограничено.

Патологический аффект рассматривается как острое кратковременное психическое расстройство, возникающее внезапно и характеризующееся следующими особенностями:

- 1) глубокое помрачение сознания;
- 2) бурное двигательное возбуждение с автоматическими действиями;
- 3) полная последующая амнезия совершенных действий.

Состояние патологического аффекта отличается крайней напряженностью и интенсивностью переживаний, а действия, совершенные в этом состоянии, обладают большой разрушительной силой. В боль-

шинстве случаев вспышка патологического аффекта завершается более или менее длительным и глубоким сном.

Таким образом, **патологический аффект** – болезненное состояние психики, и поэтому может быть правильно оценено и исследовано только врачом-психиатром. При этом не только диагностируется состояние патологического аффекта, но и решается вопрос о вменяемости субъекта в отношении совершенных им общественно опасных действий. Лица, совершившие противоправные деяния в состоянии патологического аффекта, судебно-психиатрической экспертизой признаются, как правило, невменяемыми.

В отличие от патологического аффекта, при физиологическом аффекте лицо сознает свои действия, может ими управлять, либо имеет возможность сознавать свои действия. Именно поэтому лицо, совершившее преступление в состоянии физиологического аффекта, подлежит уголовной ответственности.

У человека, совершившего преступление в состоянии аффекта, как правило, наблюдается «нестандартное» поведение. После убийства, или нанесения телесных повреждений виновный нередко засыпает, иногда прямо на месте преступления, что является следствием выплеска эмоциональной энергии в результате аффективного состояния. Из свидетельских показаний можно выяснить, что «у него дрожали, тряслись руки», «он был бледный», «взгляд был бессмысленный».

Со слов самого обвиняемого, если он помнит события, также можно получить информацию о его состоянии в момент совершения преступления. Нередко наблюдается несоответствие во времени. Так, например, свидетели говорят, что до приезда милиции прошло не более 20 мин, в то время как обвиняемый может показывать, что прошло два часа, либо наоборот – что милиция приехала сразу. Встречаются и нарушения восприятия окружающих предметов обвиняемым (изменения размеров, формы, цвета).

Если после аффекта не наступает сон, то поведение такого лица в первое время после совершения преступления может носить холодный и бессердечный характер. Обвиняемый безучастно относится ко всему окружающему, в том числе и к происшедшему.

Физиологический аффект не вызывает помрачения сознания. Поэтому человек, как правило, помнит о действиях, совершенных им в этом состоянии.

Причинами возникновения физиологического аффекта являются:

1) обстоятельства, угрожающие физическому существованию человека, связанные с его биологическими инстинктами и потребностями, например прямая или косвенная угроза жизни;

2) аффект может быть вызван поступками окружающих, затрагивающими самооценку человека, травмирующими его личность.

Физиологический аффект может возникнуть только в ситуации, имеющей специфические признаки, при этом сила и глубина аффективной вспышки не обязательно прямо пропорциональна объективной силе раздражителя (насилия, оскорбления), поскольку одна и та же ситуация может отразиться в сознании субъекта по-разному, в зависимости от особенностей его личности, психического состояния. Аффект возникает в уже сложившейся конкретной ситуации и служит для субъекта своеобразной формой выхода из нее, разрядкой. В аффектогенной ситуации человек обязательно должен действовать и испытывает в этом непреодолимую потребность, но подходящих способов действия не находит. Это противоречие и вызывает аффект. Если человек ясно видит возможности адекватного поведения, аффект не наступает.

Наличие конфликтной ситуации является обязательным, но не достаточным условием для возникновения аффекта. Другое условие – 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.

Предрасполагающими к развитию аффективных состояний *индивидуально-психологическими особенностями являются:*

1) комплекс врожденных свойств нервной системы (тип высшей нервной деятельности). Установлено, что 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;

2) специфическая структура личности, в частности, особенности ее самооценки. Известно, что 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;

3) 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;

4) временные функциональные психофизиологические состояния, нарушающие устойчивость человека к аффектогенной ситуации. К ним относятся усталость, бессонница, периоды менструаций у женщин и т.д.

В состоянии аффекта в структуре сознания могут возникать изменения, приводящие к снижению возможности осознания совершаемых действий (сознательная деятельность затормаживается) и уменьшающие способность человека контролировать свои действия, руководить ими. Поэтому аффективные состояния характеризуются, как состояния пониженной правоспособности.

Физиологический аффект может возникать как при первичном или однократном появлении аффектогенной ситуации, так и в результате постепенного накопления аффективных переживаний. В связи с этим выделяют два основных типа аффектов – классический и кумулятивный.

Классический аффект – стремительная, бурно протекающая эмоциональная реакция взрывного характера. Следует непосредственно за противоправным действием потерпевшего, длится крайне малый период времени, после чего наступает спад.

Законодатель так определяет понятие «противоправного действия» применительно к классическому аффекту: «насилие, издевательство или тяжкое оскорбление со стороны потерпевшего либо иные противоправные или аморальные действия (бездействие) потерпевшего».

Следует учитывать, что тяжесть нанесенного оскорбления зависит не только от того, как оно было выражено объективно, но и от субъективного восприятия обвиняемого сказанного в его адрес, либо в адрес его близких.

Издевательство, по своей сути, похоже на оскорбление. Как и тяжкое оскорбление, оно является столь же циничным, глубоко ранит психику человека. Издевательство может представлять собой злую насмешку, глумление над виновным, высмеивание каких-либо физических недостатков человека.

В отличие от классического аффекта первая фаза кумулятивного аффекта обычно сильно растянута во времени – от нескольких месяцев до нескольких лет. В течение этого времени развивается психотравмирующая ситуация, которая обуславливает кумуляцию (накопление) эмоционального напряжения у обвиняемого. Сам по себе аффективный взрыв может наступить и по незначительному поводу, который играет роль «последней капли».

Применительно к кумулятивному аффекту законодатель определяет причину возникновения сильного душевного волнения как «длительную психотравмирующую ситуацию, возникшую в связи с систематическим противоправным или аморальным поведением потерпевшего».

Классическому и кумулятивному аффекту свойственна внезапность, т.е. непосредственное следование реакции после соответствующего поведения потерпевшего.

Существует также группа эмоциональных состояний, близких к аффективным, вопросы диагностики которых активно дискутируются в последнее время психологами. К ним относят следующие:

1. Эмоциональное возбуждение, оказывающее существенное влияние на сознание и поведение.

Данный вид может возникать у личностей робких, нерешительных, склонных выражать агрессию (в необходимых случаях) в социально допустимой форме. Указанное эмоциональное состояние возникает при условии затяжного течения конфликтной ситуации, накопление эмоционального напряжения в течение нескольких лет (сродни кумулятивному аффекту), как правило, в сфере семейных отношений, или в строго регламентированных условиях военной службы. Нередко на протяжении указанной конфликтной ситуации у обвиняемого наличествует депрессия, суицидальные попытки.

На таком фоне пик эмоционального возбуждения может быть спровоцирован даже незначительными воздействиями. Самое главное отличие данного эмоционального состояния от кумулятивного аффекта заключается в том, что нарастание эмоционального возбуждения происходит более постепенно, однако на высоте пика возбуждения происходит типичное сужение сознания.

2. Эмоциональное напряжение, оказывающее существенное влияние на сознание и поведение.

Такие состояния обычно характеризуются меньшей интенсивностью и силой переживаний, чем при эмоциональном возбуждении, но при определенном сочетании факторов напряжение может достигать такого уровня, при котором происходит частичное сужение сознания, происходят ошибки в восприятии действительности, снижение контроля, ошибки в выборе поведения.

Для выяснения возможности нахождения лица в состоянии аффекта при совершении преступления, необходимо проанализировать следующие данные:

1. Обстоятельства, предшествовавшие совершению преступления: наличие «насилия, издевательства или тяжкого оскорбления со стороны потерпевшего либо иных противоправных или аморальных действий (бездействия) потерпевшего, а равно длительной психотравмирующей ситуации, возникшей в связи с систематическим противоправным или аморальным поведением потерпевшего».

2. Поведение обвиняемого во время совершения преступления. Необходимо выяснить, поддается ли оно «обычной человеческой логике», используются ли орудия, найденные недалеко от места совер-

шения преступления, либо приисканные заранее. Насколько велико время, прошедшее с момента возникновения умысла на совершение преступления – и его совершением.

3. Поведение обвиняемого после совершения преступления: помнит ли он обстоятельства случившегося, как выглядел непосредственно после совершения деяния, что делал. Такую информацию можно получить при изучении материалов дела (показания свидетелей), в разговоре с обвиняемым.

Нахождение лица в состоянии аффекта при совершении преступлений – обстоятельство, существенно снижающее ответственность за совершенное деяние. В УК содержится две статьи, предусматривающие ответственность за совершение преступления в состоянии аффекта: совершение убийства (ст. 141) и причинение тяжкого или менее тяжкого повреждения здоровью (ст. 150).

Совершение иных преступлений в состоянии аффекта может быть признано смягчающим наказанием обстоятельством (ст. 63 УК). Более того, новый УК указывает в качестве смягчающего более широкую группу обстоятельств: а именно совершение преступления, причиной которого стало противоправное или аморальное поведение потерпевшего.

Нахождение лица в состоянии аффекта – обстоятельство, подлежащее доказыванию (ст. 89 УПК). Наличие этого обстоятельства образует, как уже указывалось, другой состав преступления. Патологический, физиологический аффекты, а также близкие к ним эмоциональные состояния, которые упоминались выше различаются по степени вменяемости лица на момент совершения деяния (вплоть до невменяемости). Ряд признаков могут оценить только врачи-психиатры, они же дают ответ на вопрос, находился ли обвиняемый в состоянии вменяемости на момент совершения преступления, или нет. Психологи же, анализируя состояние вменяемого лица, могут прийти к заключению о том, было или нет сужение сознания на момент совершения преступления. По этой причине при наличии признаков нахождения обвиняемого в состоянии аффекта следует, по возможности, проводить комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу, а не отдельно психиатрическую или психологическую.

На разрешение экспертов при производстве данной экспертизы могут быть поставлены, например, следующие вопросы:

1. Возможно ли состояние аффекта у личностей робких, нерешительных, предпринимавших суицидальные попытки?

2. Характерно ли для состояния аффекта такое поведение обвиняемого до и во время совершения преступления, как невнятные выкрики, бледность, «странное» выражение лица, дрожащие руки?

3. Характерно ли для состояния аффекта то обстоятельство, что обвиняемый после совершения убийства остался недалеко от трупа и уснул?

4. Возможна ли при аффекте частичная потеря памяти?
5. Характерно ли для состояний аффекта то, что обвиняемый говорит «не знаю, что на меня нашло», «не понимаю, почему я это сделал?»
6. Находился ли обвиняемый в состоянии аффекта?

Судебно-психиатрическое значение расстройств эмоций

Расстройство эмоциональной сферы не всегда признак болезни. Иногда трудно провести грань между нормой и болезнью, но если все же налицо такие расстройства эмоциональной сферы, как дисфория, патологический аффект, маниакальное и депрессивное состояния, эмоциональная тупость, то это уже признак психической ненормальности. Наибольшую социальную опасность для общества представляют больные, у которых имеется состояние дисфории, патологического аффекта или маниакальное состояние. Становясь агрессивными, такие лица совершают различные правонарушения. Больные в депрессии представляют опасность прежде всего для самих себя.

Понятие инстинкта

Инстинкт – непроизвольная приспособительная деятельность, обусловленная врожденными механизмами и проявляемая обычно в форме влечений.

Существуют влечения врожденные, первичные – их мы называем также основными (это и есть собственно инстинкты), и влечения, приобретенные в течение жизни, вторичные. Что касается приобретенных влечений, или вторичных влечений, то их число теоретически бесконечно, как бесконечен процесс приобретения знаний и опыта. К основным относят инстинкт самосохранения, пищевой и половой. Все остальные являются производными от этих основных.

Воспитание человека в значительной степени строится в направлении выработки способности подавления инстинктивной деятельности. В деятельности высшей нервной системы у человека ведущее значение приобретает активность коры головного мозга, которая все в большей степени подавляет подкорковые инстинктивные механизмы. Когда деятельность коры ослаблена и нарушается контроль над нижележащими подкорковыми образованиями (например, в состоянии сна, при употреблении наркотических веществ или алкоголя, у психически больных), инстинкты растормаживаются.

Основные виды расстройств инстинктов

Расстройства влечений могут выражаться в ненормальном усилении, уменьшении, исчезновении или в качественном извращении.

Нарушения пищевого влечения

Болезненное усиление влечения к пище у психически больных проявляется в прожорливости, ненасыщаемости. Иногда отмечается извращение влечений к пище (больной поедает различные несъедобные веще-

ства, а иногда просто опасные для его здоровья). Извращение влечения к пище иногда доходит при шизофрении до поедания экскрементов.

Но наиболее важной формой патологии пищевого инстинкта, наблюдающейся в психиатрической клинике, являются отказы от пищи. Длительное прекращение приема может явиться угрозой для жизни.

Причины отказов от еды могут быть разные. У некоторых больных они обусловлены потерей аппетита, ослаблением или полным отсутствием жажды и голода. У других они связаны с галлюцинациями – обонятельными, вкусовыми, зрительными, слуховыми. Больные не принимают пищу потому, что ощущают исходящий от нее гнилостный, трупный запах или отвратительный, тошнотворный вкус. Иногда больным кажется, что в поданной им пище содержится какой-то порошок, стекло, грязь или видят в ней копошащихся живых червей. Иногда больные слышат голоса, которые запрещают им есть, и под влиянием таких императивных галлюцинаций упорно отказываются от приема пищи. Важное значение имеют отказы от пищи по бредовым мотивам. Больные с бредом самообвинения не едят потому, что считают себя «великими грешниками», «не имеют права», «не заслужили» есть государственный хлеб, если они будут есть, то «дети останутся без пищи, погибнут голодной смертью». Больные с бредом отравления отказываются от еды, так как пища якобы дана им с целью отравить. У психопатов отказ от еды может носить характер демонстративного протеста, средства воздействия на врача, работника ИТУ и др. Прекращение приема пищи переносится больными по-разному. Важно оценивать физическое состояние пациента. Возбужденные больные трудней переносят голодание, у них быстрее возникает угроза для их жизни. В таких случаях, если преодолеть отказ от еды не удастся различными медикаментозными средствами, кормлением из рук родных или медперсонала, приходится прибегать к искусственному кормлению.

Особое значение в психиатрической практике имеет глубокое подавление у психически больных инстинкта самосохранения, выражающиеся в самоповреждениях и самоистязаниях, в попытках к самоубийству. Поскольку психические больные не отдают отчета в своих действиях в таких случаях и не могут руководить сознательно своими поступками, охрана их жизни и здоровья – долг и обязанность лечащих врачей. Важно выяснить причины такого болезненного поведения, а они самые различные. Больные могут наносить себе тяжкие повреждения и увечья во время тяжелых делириев и депрессивных состояний, под влиянием императивных слуховых галлюцинаций, когда голоса им приказывают изувечить себя, при бреде самообвинения в порядке самонаказания за их мнимые преступления, под влиянием навязчивых мыслей и т.д.

Иногда больные по бредовым мотивам наносят себе особенно жестокие увечья, вырывают язык, отрезают части тела, выдавливают глаза. Также невероятно настойчивыми и самыми неожиданными бывают попытки больных совершить самоубийство.

Влечение к самоубийству обычно связано с психическим расстройством, иногда совсем кратковременным, при так называемых импульсивных состояниях. В отличие от навязчивых состояний, импульсивные влечения и действия представляют собой остро возникающие побуждения и стремления, подчиняющие себе сознание и поведение больного. С их возникновением подавляются остальные желания и представления. Часто при этом поведение больного, охваченного импульсивным действием, идет вразрез с обстоятельствами и ситуацией, однако он не может бороться с этим патологическим состоянием. Они нередко встречаются у душевнобольных, например у эпилептиков и шизофреников. Значительно чаще кончают жизнь самоубийством психически больные, страдающие галлюцинаторными переживаниями, при депрессивных состояниях, при бреде греховности, самоуничужения, самообвинения.

Нередко кончают жизнь самоубийством психопаты – люди, психически неполноценные, болезненное состояние которых не доходит до уровня психоза.

Самоубийство (по определению ВОЗ) – результат сознательных действий со стороны определенного человека, полностью осознающего или ожидающего летального исхода.

Среди всех причин смерти в странах Европы самоубийство стоит на втором месте после несчастных случаев.

В результате проведенных исследований установлено, что суицидальные попытки совершают в основном психически здоровые лица в условиях социальной или психологической дезадаптации.

Среди способов суицидов преобладает отравление, самоповешение. Чаще кончают жизнь самоубийством мужчины трудоспособного возраста в состоянии алкогольного опьянения по социально-бытовым и личным мотивам.

Расстройства полового инстинкта:

- усиление;
- уменьшение (исчезновение);
- извращение.

Что касается ненормального усиления или ненормального снижения полового влечения, то при этом нужно считаться с тем, что и в норме существуют довольно значительные индивидуальные отличия в этом отношении, связанные с рядом факторов (темперамент, моральный уровень личности, возможность волевого управления своими инстинктами, возраст).

Резкие отклонения от широких вариантов нормы, должны оцениваться как патологические расстройства влечений. К ним относятся резкое снижение или отсутствие полового влечения. В большинстве случаев, если это расстройство приобретает постоянный или длительный характер, оно является результатом органического поражения нервной системы, шизофрении, ряда интоксикаций и воздействия физических агентов и др. Так называемая фригидность у женщин чаще связана с психогенными причинами, дисгармонией сексуальной жизни.

Противоположное описанному расстройству – резкое повышение полового влечения. Эта гиперсексуальность носит название сатириазиса у мужчин и нимфомании у женщин (нимфы и сатиры – божества древних греков). Повышение полового влечения у большинства больных носит неодолимый, нередко навязчивый характер, возникает импульсивно, приобретает сверхценное значение для личности, а иногда превращается в сверхценные идеи, определяя весь психический склад личности, круг ее интересов.

Расстройства волевой деятельности и сознания

Понятие волевой деятельности

Стремление и деятельность определяются в психологии понятием воли. Волевой процесс очень тесно связан с мышлением и вытекает из него, поскольку мышление проявляется в действии. **Воля** – сознательная, целенаправленная деятельность человека. Все наши движения и действия могут быть произвольными и произвольными. Последние так и называют – волевыми. Они, в отличие от произвольных, направлены на достижение заранее поставленной цели, чему предшествует появление побуждения, желания, влечения к выполнению. Интенсивность таких состояний связана с интересами данного конкретного человека, с его социальным положением, профессией, шириной кругозора, особенностями характера и т.д.

Волевой акт у человека сложен по своей структуре. Влечение – первая обязательная ступень к осуществлению любого волевого процесса. Вторая ступень – своеобразное обсуждение, так называемая борьба мотивов. После взвешивания всех «за» и «против» появляется определенная установка, разрабатывается схема-модель потенциального поведения. Завершающая часть волевого акта (третья ступень) – исполнение принятого решения, совершение самих действий.

У психически больных может наблюдаться ненормальное сокращение, вплоть до полного выпадения и, наоборот, удлинение времени раздумывания, нерешительность во второй ступени волевого акта (взвешивание мотивов).

С другой стороны, может иметь место патологическое застревание на взвешивании мотивов в виде навязчивого мудрствования или навязчивых сомнений. Даже простые, элементарные действия в таких случаях

весьма затруднены для больных. Они начинают бесплодно философствовать и рассуждать или бесконечно сомневаться: принять или не принять то или иное решение, хотя речь идет о каком-либо, много раз уже осуществляемом и привычном действии – встать, начать есть и т.п.

Патология двигательной сферы у психически больных, внешне проявляющаяся в поведении, в конечном итоге относится к третьей ступени сложного волевого акта – к исполнению решений, к непосредственной деятельности. Основные расстройства могут сводиться к повышению, понижению и извращению двигательно-волевой деятельности.

Основные виды расстройств волевой деятельности

Повышение двигательно-волевой активности (гипербулия).

Внешне проявляется в повышенном стремлении к деятельности, движениям. Больные такого рода при повышенном стремлении к деятельности ни минуты не могут сидеть спокойно, они все время что-то предпринимают, ищут себе занятия, при этом не испытывают никакой усталости, несмотря на то, что это состояние физически изнурительно для них и сопровождается плохим сном, недостаточной едой. При повышенном стремлении к движению обычно больной все время бежит с места на место, пристаёт ко всем, что-нибудь трет, ломает, рвет, хватается за руки проходящих, плюется, ругается, пересаживается с места на место и т.д. Повышенное стремление к движениям можно иногда наблюдать у крайне истощенных больных, которые уже не могут двигаться, но, оставаясь в постели, дрожащими руками все время производят движения, сворачивают жгутом одеяло, открывают край простыни, трут себе грудь, руки, лицо, сползают на пол, тянут на себя кровать, хватают за ноги других больных и т.д.

Полную противоположность указанному состоянию представляет клиническая картина **понижения двигательно-волевой активности**, получившей название гипобулии, и полное отсутствие волевой активности – абулия. Чаще говорят об апатико-абулическом синдроме.

Есть еще одна группа расстройств двигательно-волевой сферы – парабулия (извращение волевой деятельности, которая объединяется понятием кататонического синдрома).

Кататонический синдром (кататония) проявляется чаще всего либо в виде кататонического возбуждения, либо в виде кататонического ступора (состояние моторной скованности, обездвиженности).

Кататоническое возбуждение. Пустое, нелепое, немотивированное, бессодержательное, двигательное и речевое возбуждение,

Кататонический ступор – обездвиженность, двигательная скованность, оцепенение. При кататоническом ступоре отмечается повышенный тонус мышц (кататония), который первоначально возникает в жевательных мышцах, затем переходит на шейные и затылочные, далее на мышцы плеч, предплечий, кистей рук, переходя на мышцы

ног. Проявление ступора – симптом воздушной подушки – приподнятая над подушкой голова длительное время остается в таком положении. Такие больные могут не только недели, но и месяцы и годы проводить в постели, не обращая внимания на окружающих, часто подолгу сохраняя одну и ту же, иногда вычурную позу. Из специальных расстройств волевых функций, имеющих отношение к кататонии, большое значение имеют следующие.

Импульсивные действия и поступки больных. В этом состоянии больные внезапно прыгают с кровати и стремительно бросаются бежать, кружатся на одном месте, танцуют, громко кричат, с шумом вдыхают и выдыхают воздух, цинично бранятся, срывают с себя одежду, разрушают все, что попадает под руку, с одинаковой стремительностью и силой нападают и на людей, и на вещи,

Патологическая внушаемость, т.е. повышенная подчиняемость чужому влиянию. При кататонии повышенная подчиняемость проявляется в двух видах: автоматической подчиняемости и каталепсии. Каталепсия состоит в том, что больной сохраняет длительное время ту позу, хотя бы и самую неудобную, которую ему искусственно придали. Его телу можно придать любую форму, как будто оно из воска (почему этот симптом имеет еще другое название – восковая гибкость). Автоматическая подчиняемость является уже более высокой формой внушаемости, так как здесь автоматический ответ получается не на элементарное раздражение, а на дифференцированные психические комплексы, слова, приказы. Больные выполняют эти приказания автоматически, например, повторно показывают язык, хотя каждый раз им колют язык булавкой. Такие автоматические действия можно вызвать и примером – это так называемая эхопраксия (подражание движениям) и эхолалия (повторение сказанных слов).

Пониженная подчиняемость – пациент не выполняет обращенное к нему приказание. Пониженная подчиняемость может достигнуть пределов так называемого негативизма, отрицательной внушаемости, сопротивления всякому влиянию и воздействию. При негативизме больные либо не делают того, что им предлагают (пассивный негативизм), либо выполняют действия, отличные от предлагаемых им (активный негативизм), либо делают противоположное тому, чего от них требуют (парадоксальный негативизм). Негативизм особенно характерен для шизофрении: больные не отвечают на приветствие, не подают руки, стискивают зубы, когда их просят открыть рот; требуют воды для питья, а когда ее приносят, выливают, отказываются от пищи, не отвечают на вопросы, вообще не говорят (мутизм).

Кататония нередко сочетается с манерностью и стереотипией. Под стереотипией понимают однообразное, длящееся иногда часы,

дни и недели повторение одних и тех же действий, пациенты остаются в одном и том положении.

Под манерностью понимают извращение простых действий: вычурная походка и мимика, гримасничание, своеобразная манера есть, подавать руку и пр. Например, больной-кататоник хватается тарелку с пищей и ест, закрывшись одеялом, в самой неудобной позе. Манерность может проявляться в рисунках, речи (пациент создает неологизмы).

Среди всех нарушений двигательной-волевой сферы наибольшее судебно-психиатрическое значение имеют кататоническое возбуждение, импульсивные действия, активный негативизм. Такие пациенты могут совершать различные общественно опасные поступки. Больные с патологической внушаемостью, попадая под влияние других лиц, также могут совершать различные правонарушения.

Понятие сознания

К сложным формам психического функционирования, свойственным только человеку, принадлежит сознание. **Сознание** выступает как высшая, специфическая для человека форма отражательной и регулирующей его поведение психической деятельности.

Возникновение сознания у человека связано с социальной обусловленностью его жизни, его трудовой деятельностью и общением друг с другом при помощи словесно оформленной речи.

Понятия «сознание» и «психическая деятельность» не равнозначны. Сложная и дифференцированная психическая деятельность человека включает в себя сознание как одну из ее высших форм. Понятие психики шире, чем понятие сознания. У человека наряду с сознательными актами поведения могут быть и такие, которые осуществляются автоматически, без контроля сознания.

В психиатрической практике сознание обычно понимается как способность человека к установлению связи одновременно существующих и сменяющихся во времени психических процессов, которая обеспечивает правильное познание действительности и регулирование взаимоотношений с окружающим миром. Пациент с расстроенным сознанием как бы отрешен от окружающего мира. Восприятия у него неотчетливы, мимолетны, текучи, искажены. Они могут быть и грубо нарушены, вплоть до полного их отсутствия. В силу этого картина окружающего мира для больного теряет свою цельность, единство, воспринимается им отдельными, не связанными друг с другом, фрагментами, непоследовательно, отрывочно. Поэтому у пациента в той или иной степени нарушена ориентировка в месте, времени, окружающем и в самом себе или имеется полная дезориентировка.

Мышление у таких больных ослаблено или грубо нарушено. Оно лишено связности, последовательности. Способность к суждению может пострадать вплоть до полного ее отсутствия. В некоторых слу-

чаях у больных имеются только обрывки или хаос мыслей. Направленность мыслей иногда может сохраняться в пределах узкой жизненной ситуации, большей же частью она непостоянна, изменчива, случайна или ее совсем нет.

Все, что происходит вокруг больного и с ним самим, его впечатления и переживания не фиксируются. Воспоминания же о болезненном состоянии, после выхода из него, неполны, смутны, расплывчаты или же полностью отсутствуют.

Основные формы нарушения сознания

Различают количественные и качественные формы нарушений сознания.

Количественные формы

Уменьшение или выключение сознания в различной степени наблюдается при оглушенности, сопоре, коме. Такие нарушения сознания большей частью отмечаются при органических заболеваниях головного мозга (черепно-мозговая травма, опухоли и т.д.).

Оглушенное сознание. При этом нарушается отчетливость восприятий, резко затрудняются ответные реакции на внешние раздражения. Больные напоминают людей, которые плохо слышат, как бы одурманены и с трудом воспринимают окружающие предметы и явления, не сразу отвечают на вопросы: приходится неоднократно повторять вопрос, чтобы получить ответ. Нередко они воспринимают только сильные раздражители и совершенно не реагируют на слабые. Ориентировка в окружающей обстановке отсутствует. Продолжительность оглушенности сознания может быть различной. Известны случаи, когда оглушенность держалась в течение месяцев.

Сопорозное состояние (сопор). Средняя степень помрачения сознания. Разумный контакт с человеком отсутствует. Больные находятся как бы в глубоком, непробудном сне. Внешние раздражители, обращение к ним, попытки вывести их из такого состояния обычными приемами пробуждения не имеют какого-либо эффекта. Только в ответ на сильные болевые раздражители пациенты делают короткие занятные движения, появляется стон или гримаса боли, но тут же они впадают в свое прежнее сонливое состояние. Вступить в контакт с ними не удастся.

Коматозное состояние (кома). Самое тяжелое помрачение сознания. Никакого контакта с таким человеком нет. Он не реагирует ни на какие раздражители.

Общим для указанных форм нарушений сознания является отрешенность больных от внешнего мира, прекращение деятельности, ослабление или потеря контактов. При этом отсутствует продуктивная симптоматика (искаженные восприятия, расстройства мышления, бредовые идеи, извращенная деятельность).

Качественные формы

Делирий, или делириозное сознание – галлюцинаторное помрачение сознания с преобладанием истинных зрительных галлюцинаций и иллюзорного образного бреда, двигательного возбуждения. О наличии делириозного состояния сознания говорят в тех случаях, когда на фоне нарушения сознания возникают яркие расстройства восприятия в виде наплыва галлюцинаций, преимущественно зрительных, ярких, подвижных, калейдоскопических, нередко сценических или устрашающих. Наблюдаются вкрапления в них отдельных бредовых идей. Появляются также эмоциональные нарушения в виде тревоги и страха. При делирии отмечается преимущественное нарушение предметной ориентировки при относительном сохранении личностной. Вот почему обычно делириант оказывается в центре тех драматических событий, которые разыгрываются в его сознании. С таким больным возможен временный, частичный контакт. Длительность делириозного состояния – несколько дней. После выхода из делирия наблюдается частичная амнезия, но только не к тем галлюцинациям, которые он переживал. Примером этого расстройства сознания является алкогольный делирий («белая горячка»).

Онейроидное сознание – сновидное, грезоподобное, фантастически-бредовое помрачение сознания. Занимает промежуточное положение между делирием и сновидением. В отличие от делирия, при онейроидном расстройстве сознания переживания больных, к которым больной относится как зритель («позиция зрителя»), носят фантастический, сказочный, грезоподобный характер. Необычайные драматические события объединены единым, внутренне связанным сюжетом. Сцены, богатые обилием деталей, быстро сменяются, элементы реальной действительности вплетаются в патологические переживания (например, палата с койками превращается в тюремную камеру с местами для пыток). Во время онейроидного расстройства сознания поведение больного большей частью сходно с поведением спящего, которому снятся сны. Больной при этом нередко лежит неподвижно, с зачарованным выражением лица. Иногда наблюдается двигательное возбуждение кататонического типа. Воспоминания о переживаниях во время онейроидного состояния сознания, как правило, очень хорошо сохраняются, и по выходе из них больные ярко, красочно рассказывают об этих переживаниях. К другим признакам онейроида относится внезапный (критический) выход из состояния и плохая ориентировка в окружающей обстановке. Наблюдается такое состояние при наркоманиях, шизофрении, мании.

Аментивное (спутанное) сознание – помрачение сознания с преобладанием бессвязного (инкогерентного) речедвигательного возбуждения и растерянности. Это самая тяжелая форма расстройства сознания. При аменции утрачивается как предметная, так и личност-

ная ориентировка. Контакт с больным невозможен. Отмечается наличие отрывочных, случайных галлюцинаций, преимущественно слуховых, бессвязность, спутанность мышления, речевых высказываний. В поведении больного отмечается хаотическое, бурное возбуждение. Длительность – до нескольких месяцев. При выходе из такого состояния наблюдается полная амнезия на период расстроенного сознания.

Сумеречное состояние сознания. Этот синдром характеризуется более или менее выраженным сужением поля сознания. Больных, погруженных в сумеречное состояние, образно сравнивают с людьми, идущими по бесконечно длинному коридору. Они как бы видят только то, что непосредственно находится перед глазами, совершенно не замечая и не принимая во внимание всей окружающей обстановки. Сумеречное состояние сознания нередко осложняется иллюзорно-галлюцинаторными восприятиями, часто угрожающего характера. Для этого состояния характерно также наличие полной амнезии на период расстройства сознания. Наблюдается такое состояние при наркоманиях, шизофрении, мании.

Разновидностью такого нарушения сознания является **сомнамбулизм** (снохождение), известного под названием «лунатизм». Спящий человек бесцельно бродит по комнате, шарит руками по стене, перебирает вещи, лежащие на столе, а в некоторых случаях отправляется на улицу и совершает автоматического характера действия.

Близкая к сомнамбулизму форма расстроенного сознания описывается при эпилепсии под названием амбулаторного автоматизма. Возникающая мгновенно, автоматизм выражается в том, что человек совершает иногда в неподходящей для этого обстановке ряд привычных действий.

Судебно-психиатрическая оценка

Общим для больных, находящихся в состоянии оглушенности, сопора или комы является разная степень отрешенности от внешнего мира, прекращение деятельности и потеря контактов. Такие больные не могут совершать каких-либо правонарушений.

Галлюцинаторно-бредовые формы сумеречного помрачения сознания. Делирий, аментивная спутанность сознания и онейроид имеют наибольшее судебно-психиатрическое значение. Особенности бреда, галлюцинаций и аффекта, возникающих при этих формах расстройства сознания, часто являются причиной очень опасного для окружающих поведения больных. Нападая на мнимых врагов или защищая свою жизнь, больные крушат, калечат и убивают все и всех на своем пути.

ТЕМА № 3. Хронические расстройства психической деятельности человека. Алкогольная зависимость. Судебно-психиатрическая оценка

Этиловый спирт (алкоголь) является самым распространенным веществом, обладающим наркотическим свойством.

Острая алкогольная интоксикация

Основным свойством алкоголя является действие его как наркотического яда на психику. При простом алкогольном опьянении различают три фазы (степени) этого воздействия: возбуждение, угнетение высших отделов центральной нервной системы, сон и наркотический паралич центральных функций.

Первоочередное влияние на поведение человека оказывают индивидуальные свойства личности, привычки, особенности воспитания и окружающей среды.

Характерным признаком влияния алкоголя на психические функции является изменение настроения, обнаруживаемое уже в начальной стадии. При первой и второй стадиях опьянения настроение обычно изменяется в сторону его повышения, нередко до степени эйфории, с ощущением беспричинного веселья и полного благополучия. Реальная действительность и взаимоотношения с окружающими представляются в своеобразно искаженном виде («сквозь розовые очки»). Настоящее и будущее рисуется в радужном свете. Все неприятности и трудности кажутся пустяковыми, легко преодолимыми, не заслуживающими серьезного внимания. Приятному чувственному фону соответствует ощущение комфорта, здоровья и бодрости. Там, где имело место состояние так называемого «напряжения», последнее ослабевает, наступает своего рода расслабление, уменьшаются болевые ощущения.

Лица, употребившие алкоголь обычно становятся чрезвычайно благодушными, шутливыми, испытывают прилив теплых чувств к малознакомым к даже незнакомым людям, которые кажутся необыкновенно милыми, «раскрывают им душу», рассказывая о событиях и переживаниях, нередко интимного характера, скрываемых в обычное время. Наряду с симпатией внезапно может вспыхнуть и чувство вражды. Лица, употребляющие алкоголь, перестают считаться с окружающими, утрачивают чувство такта и стыда, появляются такие общеизвестные признаки опьянения, как беспечность, развязность, склонность к плоским шуткам, хвастливость, повышенные самоуверенность и самооценка. Иногда даже возникает опущение своей исключительности, всемогущества.

У ряда лиц настроение оказывается пониженным, со склонностью к слабодушию, при этом слезливо жалуются на свою судьбу, на родных, на «разбитую жизнь». Реже настроение имеет отчетливо де-

прессивную окраску с идеями самообвинения, суицидальными мыслями и попытками к самоубийству (правда, последнего рода попытки могут носить и демонстративно-истерический характер). Многие в состоянии опьянения становятся надоедливymi, вязкими, назойливыми подозрительными и обидчивыми.

Иногда весь период отравления алкоголем протекает еще менее типично: с дисфорией, напряжением, злобностью и агрессивностью или же с астенией, апатичностью, вялостью, сонливостью.

Как правило, при простом опьянении положительные и отрицательные эмоциональные реакции оказываются не только преувеличенными, но и нестойкими; они быстро трансформируются и сменяют друг друга. От благодушия, умиления и всепрощения лица, в алкогольном опьянении, по самым ничтожным поводам могут переходить к озлоблению, враждебным действиям, затевая скандалы и драки. Вместе с тем существуют и «смешанные состояния», где в картину, например, веселого возбуждения вкрапливаются черты взрывчатости, гневливости, слабодушия и т.д.

Значительно ослабеваеt способность отграничивать желаемое от возможного и допустимого.

Резко усиливаются элементарные влечения и инстинкты, в частности, сексуальные, часто гиперэротичны.

В поведении нередко выявляется дурашливость, со стороны напоминающая клоунаду и вызывающая смех окружающих, «озорничают». Двигательная и речевая активность усиливаются, мимика становится более живой и экспрессивной, подвижны, шумливы. Лица не могут оставаться на одном месте, их тянет к общению, они многоречивы, ищут собеседников.

Речь зачастую окрашена своеобразным юмором, порой довольно сочным, но чаще плоским и грубым.

Влияние алкоголя на интеллектуально-мнестические функции, на процессы восприятия и внимание отрицательны. Последовательность мышления, способность к концентрированию внимания и к запоминанию ослабевают. Повышается отвлекаемость, течение ассоциативных процессов изменяется, учащаются ассоциации по внешнему сходству, созвучию и т.п. Критика к своим действиям нарушается, возникает переоценка собственных возможностей.

Лица в алкогольном опьянении утрачивают способность охватить всю ситуацию в целом, неправильно понимают и истолковывают слова других, поступки диктуются случайными представлениями и впечатлениями. Это определяет импульсивный, иногда недостаточно понятный характер действия таких лиц.

Несмотря на субъективно ощущаемый прилив сил, возможность выполнять интеллектуальные операции и работоспособность после преходящего кратковременного периода усиления, затормаживаются.

Глубокая интоксикация сопровождается еще более неправильным поведением, нелепыми поступками, нарастают качественные расстройства мышления, грубо нарушается походка и координаторные акты. Речь становится все непонятнее, прерывается выкриками, угрозами, ругательствами, бессмысленным смехом или плачем. Человек в алкогольном опьянении куда-то стремится, бежит, обороняется. Такие состояния сопровождаются более глубоким расстройством мышления, суждений, умозаключений. Переживания могут принять фантастический характер. Иногда в этот период возникает приступы ярости и агрессивные действия (чаще, однако, это характерно для осложненного и патологического опьянения). Завершается тяжелое опьянение глубоким оглушением, вялостью и сонливостью.

Сознание при простом опьянении, наступившем у здорового человека после приема умеренной дозы алкоголя, грубо не расстроено. Сохраняется ориентировка и внутренние связи, а также воспоминания о происшедшем. При более глубокой интоксикации (вторая и третья стадии) сознание в количественном отношении изменяется более явно. Нарушается ориентировка во времени и месте (при сохранении собственной ориентировки). Окружающее воспринимается неотчетливо, плохо понимает обращенную речь, отвечает невпопад, не столько собеседнику, сколько всплывающим мыслям.

На поведение в значительной степени оказывают влияние индивидуальные свойства личности, привычки, воспитание и окружающая среда. В состоянии опьянения нередко отмечается распушенность, желание произвести впечатление на окружающих, удивить их, привлечь к себе внимание.

При утяжелении алкогольной интоксикации грубо нарушается походка и координация движения, речь становится все непонятнее, прерывается выкриками, угрозами, ругательствами, бессмысленным смехом или плачем.

Патологическое опьянение представляет собой вызванный алкоголем кратковременный остро протекающий психоз, длящийся от нескольких минут до одного часа и более, но не свыше суток.

Патологическое опьянение обычно возникает внезапно, без всяких предвестников. Количество и качество алкоголя не играет существенной роли; более того, патологическое опьянение чаще наступает после сравнительно небольших доз (150–250 г). В отличие от простого опьянения, при патологическом не бывает эйфории, шаткая походка отсутствует, речь не изменяется.

Клиническая картина патологического опьянения выражается в тяжелом помрачении сознания по типу сумеречного состояния; с потерей ориентировки в окружающем. На этом фоне появляются аффекты страха, гнева, ярости.

При алкогольном опьянении у человека возникают зрительные, слуховые галлюцинации. Они в виде зверей, чудовищ, птиц, насекомых, пресмыкающихся и т.п. Слышится шепот, брань, угрозы. Своих друзей лицо в алкогольном опьянении принимает за врагов и начинает от них яростно защищаться. Иногда на первый план выступают бредовые идеи отношения и преследования.

В большинстве случаев отмечается полная амнезия алкогольного опьянения, и лишь у части пациентов сохраняются отрывочные воспоминания о нем. Почти всегда наблюдается двигательное возбуждение. Поведение адекватно переживаемому аффекту. Отмечается склонность к агрессивным поступкам. Пациент ругается, кричит, вступает в драку, наносит оскорбления словом и действием, пускает в ход ножи, оружие, совершает общественно опасные деяния, которые поражают своей жестокостью. Нередко под влиянием устрашающих аффектов он наносит себе повреждения, совершает попытки к самоубийству, обнаруживая при этом большую ловкость и способность преодолевать препятствия.

Патологическое опьянение заканчивается продолжительным сном. Просыпаясь, пациент не помнит, что с ним произошло в состоянии опьянения.

Хронический алкоголизм – болезненное привыкание и влечение к алкоголю, при котором вследствие длительного злоупотребления спиртными напитками появляются психические и соматические расстройства различной интенсивности, вначале обратимые, имеющие функциональный характер, но постепенно переходящие в необратимые органические расстройства.

Алкоголизм развивается постепенно, незаметно для окружающих и самого пациента, обычно после периода бытового употребления алкоголя (прием алкоголя от случая к случаю, часто в больших количествах). Этот период включает, в среднем, от 5 до 10 лет.

В течении хронического алкоголизма выделяют три стадии.

Первая стадия психической зависимости. В эту стадию утрачиваются защитные биологические механизмы на передозировку алкоголя, параллельно с ростом толерантности (переносимости) спиртного. Периодически утрачивается контроль за количеством выпиваемого, может отмечаться амнезия на финальные события опьянения. Формируется психическая зависимость, проявляющаяся наличием патологического влечения к алкоголю по типу навязчивых мыслей, а также возможностью психического комфорта только в опьянении. Продолжительность этой стадии в среднем 6–8 лет.

Вторая стадия физической зависимости. Знаменуется формированием абстинентного (похмельного) синдрома. Структура последнего определяется сочетанием соматовегетативных и психопатологических нарушений.

На второй стадии заболевания устанавливается плато толерантности (переносимости алкоголя), которая становится максимальной, полностью утрачивается контроль за количеством выпиваемого. Патологическое влечение к алкоголю начинает носить характер сверхценных идей. Наблюдается фрагментарное выпадение из памяти событий в состоянии алкогольного опьянения. Развиваются характерные алкогольные изменения личности, осложнения со стороны внутренних органов, нервной системы. На этой стадии заболевания пациенты могут употреблять суррогаты алкоголя. Они пьют с малознакомыми людьми, нередко в совершенно неподходящих для этих целей местах (на работе, улице...). На этой стадии болезни уже возможно возникновение алкогольных психозов. Продолжительность этой стадии около 2 лет.

Третья стадия алкогольной деградации личности. Понятие алкогольной деградации личности включает в себя две составные: с одной стороны, признаки интеллектуально-мнестического снижения (в крайней степени они могут достигать уровня слабоумия), с другой – признаки морально-этического дефекта.

Физическая зависимость усиливается и углубляется. Употребление алкоголя носит характер запоев: 3–4 дня непрерывного употребления спиртных напитков чередуются с 10–15 днями светлого промежутка. Пациент принимает алкоголь, часто в виде суррогатов, чтобы вновь почувствовать физический комфорт и снять ощущения слабости, недомогания, разбитости, быстро пьянеет, доходя до тяжелых состояний интоксикации. Амнезии почти постоянные, глубокие и стойкие. Нарушается социальная адаптация пациентов (потеря работы, семьи). Личностные особенности нивелируются, делая пациентов в этой стадии похожими друг на друга, опустошенными, безразличными, все интересы которых направлены на удовлетворение своей потребности в алкоголе. Развивается деменция (слабоумие). Поздние стадии алкоголизма характеризуются более отчетливыми затруднениями в использовании умственных интеллектуальных возможностей, быстрой истощаемостью, ослаблением внимания, в особенности активного, более элементарными суждениями и умозаключениями, поверхностными ассоциациями. Снижается память, критика.

Утяжеляются и расширяются осложнения со стороны внутренних органов и нервной системы. Значительно увеличивается риск развития алкогольных психозов. Формы злоупотребления алкоголем на этой стадии: либо постоянная с низкой толерантностью, либо истинные запои.

Действие хронической алкогольной интоксикации не ограничивается лишь описанными изменениями личности, а может обуславливать возникновение алкогольных психозов, которые различаются по клиническим признакам и по продолжительности.

Алкогольный делирий («белая горячка») представляет собой остро протекающий психоз, развивающийся у лиц, злоупотребляющих крепкими спиртными напитками. Среди алкогольных психозов встречается наиболее часто (76–84%). Белая горячка была описана еще в 1813 г. Суттоном, но связь заболевания с алкоголем была установлена позже (П.А. Чаруцкий, 1828 г., Х. Витт, 1834 г.).

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

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

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

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

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

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

Пациенты чрезвычайно беспокойны. Они не могут сидеть на одном месте или лежать в кровати. Поведение пациентов обычно адекватно галлюцинаторным переживаниям.

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

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

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

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

Голоса принадлежат близким родственникам, знакомым, сослуживцам или посторонним лицам. Содержание галлюцинаций носит неприятную окраску. Голоса угрожают смертной казнью, обвиняют в преступлениях, бранят, ругают.

Голоса могут иногда носить насмешливый характер. Они знают все события жизни пациента, высмеивают его, делают циничные, оскорбительные замечания по поводу важнейших этапов его жизни. Наряду с этим пациент слышит крики, стоны жены, детей, родных.

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

До помещения в стационар пациенты, спасаясь от мнимых врагов, запасаются всевозможным оружием, другие, наоборот, не ожидая нападения, сами превращаются в агрессоров, нападая на воображаемых врагов. Иногда по целым дням и ночам они находятся у своей двери, вооружившись топором, холодным оружием, в ожидании мнимых врагов. Галлюцинации могут быть императивными, по приказу «голосов» пациенты могут совершать правонарушения.

Выздоровление при алкогольном галлюцинозе иногда наступает внезапно, после глубокого сна. Ослабление галлюцинаций, вплоть до полного их исчезновения возможно только в результате длительного

воздержания от употребления алкоголя или вследствие специальной терапии.

Алкогольный параноид развивается только у мужчин, страдающих алкоголизмом. Формированию психоза предшествует снижение потенции. Алкогольный бред ревности развивается постепенно, через этап сверхценных образований, формируются мысли о супружеской неверности. Как правило, соперник выбирается из ближайшего окружения. Пациенты начинают ревновать своих жен к каждому мужчине, к своим родственникам, друзьям, соседям, сыновьям. Постепенно бредовые идеи ревности нарастают. Пациенты становятся возбудимыми, раздражительными, циничными. Чтобы убедиться в измене жены и поймать ее с поличным, следят за ней, придумывают самые невероятные, нелепые способы проверки поведения жены.

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

Бредовые переживания ревности, преследования, отношения нередко сопровождаются отрывочными слуховыми галлюцинациями в виде разговоров об измене жены, звуков поцелуя, шагов удаляющихся «любовников». Семейная жизнь с такими лицами крайне опасна. Такого рода расстройства нередко способствуют совершению противоправных действий.

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

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

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

Корсаковский психоз имеет обычно хроническое течение. В легких случаях возможно выздоровление без заметных дефектов. В тече-

ние года или меньшего периода все явления постепенно сглаживаются, восстанавливается память. В молодом возрасте шансов на выздоровление больше, чем в пожилом. Некоторые пациенты становятся слабоумными вследствие органического поражения головного мозга. Корсаковский психоз, протекающий злокачественно, может заканчиваться через 1–2 года смертью.

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

ТЕМА № 4. Хронические расстройства психической деятельности человека. Наркомания, токсикомания. Судебно-психиатрическая оценка

Наркомания – это хроническое заболевание, вызывающее патологическое влечение к употреблению наркотических веществ, изменяющих психику человека, его поведение, эмоциональную сферу.

Для данного заболевания характерно сомато-неврологическими осложнениями и социальными последствиями пациента.

Согласно оценке экспертов Организации Объединенных Наций, в конце 90-х гг. XX в. в мире насчитывалось около 180 млн человек, которые употребляли наркотические средства, что составляет 4,2% от числа лиц в возрасте 15 лет и старше.

Правовые основы государственной политики нашей страны в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и в области противодействия их незаконному обороту установлены Законом Республики Беларусь от 13 июля 2012 г. № 408-З «О наркотических средствах, психотропных веществах, и их аналогов».

Термин «наркотическое средство» содержит в себе три критерия – медицинский, социальный, юридический.

Медицинский критерий устанавливает, что вещество обладает наркотическими свойствами, которые служат причиной немедицинского его употребления. Согласно социальному критерию, немедицинское употребление наркотического средства настолько распространено, что приобретает социальное значение. Юридический критерий устанавливает правовые, организационные основы деятельности по профилактике правонарушений и закрепляет основные формы участия государственных органов (организаций), иных организаций и граждан в осуществлении этой деятельности.

Наркотические средства различны по своему химическому составу и действию на организм человека. Особенности действия на психику человека позволяют условно выделить их основные группы:

- 1) седативные (от лат. «седацио» – успокоение);

- 2) возбуждающие;
- 3) фантастические.

Согласно последнему определению ВОЗ, под токсикоманией подразумевается состояние периодической или хронической интоксикации натуральным или синтетическим веществом, опасное для индивида или общества, характеризующееся неудержимым влечением к данному веществу, тенденцией повышать дозу этого вещества, и также психической, а иногда и физической зависимостью от этого вещества.

Токсикомания – это состояние, при котором болезненное пристрастие развивается к веществам, не входящих в список наркотиков, такие, как психотропные вещества (транквилизаторы), снотворные, препараты, стимулирующие центральную нервную систему (антипаркинсонические, антигистаминные средства).

Полинаркоманией называется одновременное злоупотребление с явлениями зависимости двумя или более наркотиками.

Политоксикоманией называется одновременное злоупотребление с явлениями зависимости двумя или более психоактивными веществами, не являющимися наркотическими.

При наличии злоупотребления с явлениями зависимости двумя и более наркотиками в сочетании с несколькими психоактивными веществами, говорят о полинаркотоксикомании.

В соответствии с определением Международной классификации болезней последнего 10-го пересмотра (МКБ – 10) острая интоксикация психоактивными веществами – это возникающее в связи с их применением преходящее состояние, сопровождающееся расстройством сознания, когнитивных функций, восприятия, эмоций, поведения или других психофизиологических функций и реакций.

Провоцирующая роль употребления наркотических средств и иных психоактивных веществ при совершении противоправных действий общепризнана. Одурманивание наркотическими средствами, различными психоактивными средствами, равно как и хроническое злоупотребление ими, приводит к нарушению социальной адаптации, к определенным психическим нарушениям и в значительной степени способствует росту правонарушений и их тяжести.

К общим клиническим признакам наркоманий относятся:

– постепенное развитие болезненного влечения к наркотическому средству (мысли, чувства, стремления человека направлены на поиск и введение препаратов);

– синдром психической (обсессивной) зависимости (борьба мотивов, желаний, наплыв навязчивых влечений, мыслей), проявляется формированием патологического влечения к наркотическому средству (психоактивному веществу), достижением состояния психического комфорта только в интоксикации;

– синдром физической зависимости, абстинентный синдром, характеризуется компульсивным характером влечения (с явлениями неодолимости) к наркотическому средству (психоактивному веществу), вытесняются жизненно важные влечения – голод, жажда, половые чувства, постоянное стремление к поиску наркотиков, формирование абстинентного синдрома (синдрома лишения или отнятия), достижение состояния физического комфорта только в интоксикации;

– синдром измененной реактивности на наркотическое средство (психоактивное вещество), развитие толерантности, включает изменение формы потребления, пациенту необходимо увеличивать дозу, чтобы получить состояние эйфории, исчезновение защитных биологических механизмов на передозировку наркотических средств (психоактивного вещества);

– синдром изменения личности, развитие острых психических состояний (психозов) и хронических медленно развивающихся изменений личности пациента, проявляется в нарастающих признаках деградации личности, социальной дезадаптации, а также в специфических особенностях при каждой форме нарко- и токсикомании (при злоупотреблении опиатами возникают изменения личности, напоминающие эмоционально-волевой дефект при шизофрении; при злоупотреблении барбитуратами – изменения, свойственные пациентам, страдающим эпилепсией и пр.).

При физической зависимости замена постоянного наркотического средства другим не приводит к удовлетворению, и состояние пациента становится дискомфортным. То есть компульсивное влечение является специфичным признаком того или иного вида наркомании, сигналом острой потребности организма в определенном наркотическом средстве.

Психотоксическое действие сочетается с общетоксическим влиянием употребляемых веществ на различные органы человека.

Формирование наркомании происходит постепенно. Вначале появляется стремление пациента к эйфории. Затем образуется предпочтение определенного наркотического средства (психоактивного вещества). Далее возникает необходимость регулярности приема. Впоследствии угасает первоначальный эффект от наркотического средства (психоактивного вещества).

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

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

Действие каннабиноидов (препаратов конопли)

Одно из первых мест среди наркомании в мире занимают наркомании, возникающие в связи со злоупотреблением препаратами из разных видов конопли, такими, как анаша, марихуана, гашиш, банг, киф, гуаза, хусус, план, харас, хуррус, дагга, гунья, черес, кафур. Разные сорта конопли произрастают в странах Азии, Африки, Южной Америки, Индии, широко культивируются во многих странах мира. В растениях конопли в зависимости от разновидности и сорта в разных концентрациях содержатся ароматические альдегиды каннабинола.

Психотомиметическим эффектом обладают гидроканнабинолы, в частности Д-6-тетрагидроканнабинол, который, в основном, определяет одурманивающий эффект при употреблении человеком.

Каннабиноиды – вещества, обладающие анальгезирующим, противосудорожным и гипнотическим эффектом.

Гашиш обычно курят как в виде чистой смолы (в кальянах, наргиле, джоза, килимах), так и в смеси с табаком, жуют (банг), иногда глотают в пилюлях, заваривают как кофе, добавляют в пищу, принимают в форме жидкого экстракта с пряностями, смешивают с беленой или дурманом.

Подобные формы приема гашиша распространены в арабских и азиатских странах. В странах европейской цивилизации гашишное опьянение достигается курением в смеси с табаком, т.е. возникает смешанная гашишно-никотиновая интоксикация.

Действие препаратов конопли, в частности гашиша, наступает через 10–15 мин, появляется чувство жажды, голода, сухости во рту. Постепенно по всему телу разливаются ощущение тепла, невесомости, желание прыгать, танцевать, принимать вычурные позы. Окружающие люди вызывают нелепый неудержимый смех. Мышление ускоряется, становится непоследовательным, невозможность сосредоточиться. Ассоциации возникают легко, быстро сменяют друг друга. Произносятся набор фраз, часто незаконченных. Суживается контакт с окружающими, нарушается взаимопонимание с ними. Появляется импульсивность. Возникают иллюзии, фантазии, все звуки приобретают особый резонанс, ощущение, что разговор идет в зале с усиленной акустикой. Нарушается чувство времени.

Фазность при гашишной интоксикации

Первая фаза. Не обязательна. Через 2–5 мин появляется чувство страха, тревожной подозрительности. Обостряется восприятие внешних раздражителей. Длится 5–10 мин.

Вторая фаза. Появляется расслабление, легкость, благодушие. Присоединяются расстройства восприятия, мышления и сознания. Расстройства восприятия проявляются в нарушении восприятия пространства, цветов, интенсивности и характера звуков и шумов, времени, схемы собственного тела. Характер проявления этих расстройств индивидуален.

Мышление по мере наступления интоксикации приобретает эмоциональное содержание, меняется в своем качестве и темпе. Чаще всего это благодушие, редко страх. Изменяется оценка членов группы, в которой происходит наркотизация. Характерна легкость решений, беспечность и безответственность в действиях. Ускоряется темп мышления.

Изменение сознания последовательно, с углублением интоксикации происходит сужение, оглушение, сумерки. Вначале сознание ясное, затем происходит его сужение. Проявляется в форме специфического общения в группе употребляющих наркотик. Каждый отвечает на вопросы соседа, вслушивается в разговор, подает реплики.

Третья фаза. Характеризуется парадоксальностью восприятия, эмоциональной спутанностью, хаотичностью переживаемых чувств. Мышление приобретает черты бессвязности, вплоть до отрывочного бреда. Отмечается оглушенность сознания. Эмоциональная спутанность проявляется в форме индуцированной мимической имитации аффектов, которые субъективно не ощущаемы. Наркоман смеется, если смеется сосед, не испытывая при этом веселья, плачет, если сосед плачет, не испытывая печали. Отмечается повышение артериального давления, тахикардия. Дискоординация усилена. Двигательное оживление сменяется вялостью, речевая продукция бессвязна.

Четвертая фаза. Спад возбуждения. Бледность, вялость, слабость, гипотензия, гипорефлексия. Аппетит повышен. Сознание ясное, хотя отмечается медлительность, заторможенность, апатия. Вскоре наступает сон продолжительностью до 10–12 ч, беспокойный, поверхностный. Пациент бледен, с признаками сухости глаз, слизистой ротовой полости, дыхательных путей, голос хриплый. Эмоциональные переживания только отрицательные. Выход из гашишного абстинентного психоза постепенный, без критического сна. Остаточными явлениями служат астения, отдельные ипохондрические ощущения, обсессивное влечение к наркотическому средству.

Симптомы гашишной интоксикации:

- моторное возбуждение (пациент испытывает острое желание двигаться, ходить, бегать, прыгать, танцевать, но старается воздержаться от исполнения своего желания);

- ослабление контроля за своим поведением (мышление постоянно заполнено идеями, чужды пациенту, на которых он старается сосредоточить свое внимание, незначительный эпизод вызывает у него неадекватный, неудержимый смех);

– состояние «дурмана», одурманенности (субъект открывает свои сокровенные мысли, которые отражаются в бессознательных движениях, высказываниях, поступках, переживаниях, иллюзиях и галлюцинациях);

– диссоциация идей (совпадает с появлением потребности в разговоре, желанием высказаться, хотя разговоры взволнованные, странные, спорит о пустяках, безудержно смеется);

– гипертрофия своего «Я» (субъект считает себя высшим человеческим существом, смотрит на своих товарищей с презрением, считает их намного ниже себя во всех отношениях);

– бредовое возбуждение (сопровождается утратой правильного, точного представления об окружающих его людях или предметах, характеризуется необычной обостренностью чувств, гипертрофией идей);

– страх шума (моменты «просветления» становятся короче, и субъект постепенно остается во власти своих субъективных переживаний, испытывает навязчивые ощущения тиканья часов, тихое жужжание насекомых, малейшее усиление шума становится невыносимым);

– нарушение представления о времени (время течет бесконечно медленно, либо кажется нескончаемо долгим);

– нарушение представления о пространстве (расстояние между субъектом и человеком, стоящим рядом с ним, представляется огромным и т.п.);

– искажение восприятий (происходит несмотря на то, что в этой стадии чувства, особенно зрение и слух, необычайно обострены, форма и цвет предметов кажутся измененными);

– раздвоение личности (испытывают как особое состояние, когда, с одной стороны, ощущают свое действительное «Я», которое живет нормальной жизнью, и, в тоже время чувствуют, что бок о бок с ними существует некто фантастический и непостоянный, который возбуждает бесчисленные идеи);

– появление повышенной внушаемости (любое впечатление, действующее на его чувства, немедленно вызывает мнимые восприятия (иллюзии или галлюцинации));

– появление галлюцинаций (которые вызывают острое переживание страха, преследование дикими зверями, угроза жизни);

– повышенная чувствительность к звукам (самый слабый музыкальный звук, вибрация струны и т.п. приобретают особо острое громкое звучание);

– обострение эмоциональных переживаний. Проявляется тем, что давно забытые сцены снова предстают перед глазами в мельчайших подробностях. Вспоминают дорогих сердцу существ, но если субъект испытывает к кому-либо антипатию, это превращается в жгучую ненависть;

– состояние «онейрического» экстаза. Особое воздействие на половую систему состоит в том, что в критический момент интоксикации наступает эротическое возбуждение. Никаких физических изменений при этом не бывает. Это явно мозговой феномен.

При передозировке гашиша возникает вегетативное перевозбуждение: зрачки резко расширены, на свет не реагируют, лицо гиперемировано, видимая сухость губ и полости рта, хрипота голоса, тахикардия, гипертензия, координация нарушена, тремор, гиперрефлексия. Пациент в оглушении, сознание меняется по направлению сопор-кома, чему соответствует предколлаптоидное состояние, переходящее в коллапс. Это психотическое состояние может длиться несколько часов.

Психическая декомпенсация при передозировке гашишем выражается острым психозом с ведущим синдромом нарушенного сознания. Пациент возбужден, многоречив, речь бессвязна, иногда внезапно замолкает. Стремится бежать, бывает агрессивен, нелеп. Возбуждение быстро истощаемо. Ярко галлюцинирует, переживает преследование, собственную гибель. Аффекты меняются от состояния ужаса, растерянности до безудержного веселья. Контакт неполный. Психотическое состояние продолжается от нескольких часов до нескольких дней. Выход из этого состояния, как правило, через длительный сон и глубокою астению в течение 2–3 недель.

Развитие гашишизма

В течение первого года эпизодического (1–2 раза в неделю) употребления гашиша не развивается привыкания к наркотическому средству. Нет предпочтения именно гашиша. В первое время повышаются либидо и потенция, что может служить причиной эпизодического употребления наркотического средства. Толерантность возрастает от 1 до 3–5 сигарет за вечер. Постепенно курение гашиша становится привычным удовольствием, отсутствие которого вызывает неудовлетворенность. До появления первых признаков влечения проходит 1–1,5 года. Курение обычно чередуется с алкоголизацией. При учащении наркотизации прием спиртного постепенно уменьшается, и предпочтение гашиша формируется спустя 6–8 мес.

I стадия. Физиологическое действие гашиша начинает меняться. Наркотическое опьянение протекает без первой фазы страха и тревоги. Снижается гиперемия лица, тахикардия, мидриаз, латеральный нистагм, тремор, мышечная расслабленность, чувство тепла и тяжести в конечностях. Курение становится систематическим. Начинаясь меняться форма опьянения, систематическая форма потребления, рост толерантности определяют синдром измененной реактивности. Синдром психической зависимости представлен навязчивым влечением к наркотическому средству, дающему эйфорию. При отсутствии гашиша появляется беспокойство, неудовлетворенность.

II стадия отличается от предыдущей появлением синдрома физической зависимости и новым качеством синдромов измененной реактивности и психической зависимости. Депрессивный эффект наркотического средства уменьшается. В интоксикации пациент испытывает очень краткое первоначальное психосоматическое расслабление. В дальнейшем он собран, приподнят, смешлив, двигательно активен, работоспособен. Темп мышления ускорен.

Вторая и третья фазы опьянения как бы сливаются в одну. Опьянение длится теперь 1–1,5 ч, после чего наступает снижение тонуса, энергии, работоспособности, интереса к окружающему. Гашиш становится для наркомана стимулятором его деятельности. Толерантность к наркотику возрастает. Спиртное теперь не употребляется. Пациенты переходят на одиночное курение, принимают теплое питье перед употреблением наркотика. Синдром психической зависимости достигает полного развития. Теперь стимулирующий эффект наркотического средства представляет единственно возможное оптимальное психическое функционирование, приносящее психический дискомфорт. Вне интоксикации пациент расслаблен, несобран, нетрудоспособен. Вскоре интоксикация становится и единственным состоянием физического комфорта, поскольку способность к физической нагрузке вне опьянения также начинает падать. Формируется первый симптом физической зависимости – возможность достижения состояния физического комфорта, оптимальной работоспособности при наркотическом опьянении. Потребность в гашише как в необходимом средстве поддержания физического и психического благополучия подтверждается формирующимся компульсивным влечением. Компульсивное влечение не сопровождается выраженными вегетативными реакциями и психической напряженностью.

III стадия. Развивается через 9–10 лет постоянной наркотизации. Падает толерантность, наркотическое средство оказывает лишь тонизирующий эффект, вне интоксикации наркоман энергичен, форма потребления систематическая. Симптоматика психической зависимости подавлена симптоматикой зависимости физической. Абстинентный синдром носит затяжной характер, проявления его, особенно психопатологические и вегетативные, менее выражены, ипохондрические и астенические проявления выступают на первый план.

Последствия гашишизма и осложнения наркотизации в III стадии достигают наибольшего выражения. Результатом гашишизма являются прогрессирующее снижение энергетических ресурсов, физическое и психическое истощение, нарастание вялости, отупения, потеря социальных связей, появление затяжных психозов, приводящих к грубой инвалидизации.

Опиоиды

Эту группу наркомании вызывают наркотические средства, получаемые из разных сортов мака, опия и его препаратов, около 20 алкалоидов и дериватов опия (морфин, кодеин, тебаин, героин, дионин, пантопон, омнопон, фентанил и др.), синтетические препараты с морфиноподобным действием (фенадон, промедол, деморфан и др.). Все эти вещества объединяет морфиноподобное действие.

Наркотический эффект можно получить даже от терапевтической дозы морфина (10 мг). Наиболее значимым диагностическим признаком является сужение зрачка. Кожа и слизистые сухие, бледные. Отмечается гипотензия, брадикардия, повышение сухожильных рефлексов. При кодеиновом опьянении кроме вышеперечисленных признаков выявляется психомоторное возбуждение, быстрая речь.

При передозировке опиатов психотических симптомов, как правило, не возникает. Сноподобное состояние переходит в кому. Смерть наступает от паралича дыхательных центров.

Интоксикация морфином вызывает ряд сменяющихся фаз

Первая фаза проявляется через 10–30 с ощущением чувства тепла в области поясницы или живота, поднимающегося вверх, сопровождаемого кожными ощущениями легкого поглаживания. Лицо краснеет. Зрачки сужаются. Появляется сухость во рту. Голова становится легкой, появляется чувство радости. Сознание сужено, пациент сосредоточен на телесных ощущениях. Такое состояние длится в течение нескольких минут и ощущается только новичками.

При введении кодеина (3–5 таблеток) первая фаза смазана, проявляется покраснением, отеком и зудом верхней части тела, лица, шеи. Эти проявления сохраняются и во второй фазе и продолжаются в течение 1,5–2 ч.

Вторая фаза называется «кайфом», «нирваной», характеризуется благодушной истомой, ленивым удовольствием, тихим покоем. Опьяневший вял, малоподвижен, в руках и ногах чувство тяжести и тепла. Появляются грезоподобные фантазии, сменяющие одна другую. Внешние раздражители воспринимаются искаженно. При употреблении кодеина первая фаза переходит в состояние двигательного и психического возбуждения. Опьяневший оживлен, смешлив, громко разговаривает, жестикулирует, не сидит на месте, речь быстрая. Продолжительность фазы до 3–4 ч.

Третья фаза представляет поверхностный сон в течение 2–3 ч.

Четвертая фаза – фаза последствий, характеризуется плохим самочувствием, головной болью, беспричинным беспокойством, иногда тревогой, тоской. Отмечается тошнота, головокружение, мелкий тремор рук, языка, век.

Развитие опиомании

Однократное применение наркотического средства не вызывает влечения к нему. Повторяющийся прием (от 3–5 инъекций героина, 10–15 инъекций морфина, 30 приемов кодеина) способствует становлению патологического влечения к наркотическому средству. Наркотизация становится достаточно регулярной. Абстинентных явлений еще нет, однако возникает чувство неудовлетворенности. Регулярная наркотизация означает I стадию заболевания.

I стадия. Характеризуется синдромом измененной реактивности к наркотическому средству (систематический прием, исчезновение зуда, рост толерантности в 3–5 раз) и синдромом психической зависимости (обсессивное влечение, стремление к психическому комфорту). Наркоман спит мало, сон поверхностный, но чувства недосыпания нет. Аппетит подавлен. Уменьшается количество мочи, появляется задержка стула на несколько дней. Происходит постепенное привыкание к наркотическому средству. Дозы начинают возрастать. Отсутствие наркотического средства сказывается на самочувствии больного лишь через 1–2 сут, в основном в форме психических расстройств (чувство напряженности, психического дискомфорта, стремление к введению наркотического средства). Продолжительность I стадии различна: при морфинизме – 2–3 мес, при использовании опия – 3–4 мес, кодеина – до 6 мес. На этой стадии пациенты, как правило, скрывают свою наркотизацию.

II стадия. Наркотизация регулярна, образуется индивидуальный ритм введения. Толерантность к наркотическому средству растет. При перерыве в наркотизации толерантность снижается, в это время пациенты чаще поступают на лечение, чтобы уменьшить дозу потребляемого наркотика.

Физиологический эффект наркотического средства исчезает. Нормализуются стул и диурез, при простудах появляется кашель (противокашлевой эффект опиатов отсутствует). Восстанавливается сон. Однако стабильно сохраняется сужение зрачка.

Меняется поведение наркомана. Если в I стадии болезни наркоман был бодр и подвижен до инъекции, но вял и заторможен после нее, то начиная со II стадии заболевания он становится вялым и бессильным до инъекции и оживленным после нее.

Появляются признаки физической зависимости. Синдром физической зависимости выражается компульсивным влечением и абстинентным синдромом. Абстинентный синдром формируется постепенно в короткий период времени (1–2 мес регулярного потребления наркотического средства).

Продолжительность II стадии опиомании со времени появления синдрома физической зависимости составляет 5–10 лет.

III стадия. В этой стадии становятся выражены последствия хронической интоксикации. Признаки психической зависимости в условиях непрерывной наркотизации подавлены признаками зависимости физической. Форма потребления остается систематической, толерантность падает (приблизительно на 1/3 прежней дозы) и резко меняется форма интоксикации. В III стадии действие наркотического средства исключительно стимулирующее (тонизирующее). Наркоману требуется доза, составляющая 1/8–1/10 постоянной дозы (достаточная доза) для того, чтобы достичь состояния физической комфортности. Вне интоксикации пациента характеризует отсутствие энергичности вплоть до неспособности передвигаться. Приняв достаточную дозу, пациент не заторможен и расслаблен, а подвижен и трудоспособен. Режим приема наркотического средства составляет 3–5 приемов в сутки. Физическая зависимость также меняет свое качество. Абстиненция тяжелая, наступает в течение первых суток после лишения наркотического средства.

Наиболее часто пациенты именно в III стадии обращаются к врачу, поскольку не могут достать соответствующего количества наркотического средства и страдают от повторяющихся абстиненций. Пациенты самостоятельно пробуют отказаться от наркотического средства, пытаясь заменить его большими количествами этанола, барбитуратами, транквилизаторами или постепенно снижая дозу привычного наркотического средства. Однако, как правило, эти попытки безуспешны, и вновь приходится возвращаться к привычной дозе наркотического средства. Иногда наблюдается трансформация в другую форму наркомании, в частности, барбитуроманию.

Со II стадии заболевания у пациентов наблюдается астенический синдром. Снижается работоспособность, исчезает интерес к прежним занятиям. Концентрация внимания затруднена, нарушается память, падает продуктивность умственной работы, особенно творческой, повышается утомляемость. Характерны раздражительность, аффективные проявления астенического порядка. Общий фон настроения депрессивный. Аффекты не насыщены, легко истощаемы. Соматически пациенты истощены, дефицит массы тела ~ 10 кг, выглядят старше своих лет.

В этой стадии заболевания психосоматическое состояние наркомана характеризуется утяжелением всех проявлений, типичных для II стадии. Отмечается резкое преждевременное старение, истощение иммунной системы. Болезнь развивается прогрессивно, однако степень прогрессивности меньшая, чем при злоупотреблении снотворными и гашишем, психостимуляторами. Прогрессивность определяется интенсивностью злоупотребления. Злокачественное течение свойственно эмоционально неустойчивым психопатам, которые достигают толерантно-

сти до 3–5 г морфина в сутки. У лиц, начавших употреблять наркотик в зрелом возрасте, толерантность не превышает, как правило, 0,2–0,3 г морфина в сутки. При такой форме злоупотребления наркоман может сохранять в течение десятилетий свои психофизические возможности и социальное положение. Но такие случаи редки. Большинство опиоманов начинают злоупотреблять наркотическое средство в молодом возрасте, когда личность не сформирована ни психически, ни социально. Наркотизация препятствует развитию личности, приводит к асоциальным и антисоциальным поступкам. При этом часты случаи преждевременной, в том числе и насильственной, смерти.

Признаки и фазность абстинентного синдрома при опиомании

Первая фаза:

- признаки психической зависимости: влечение к наркотическому средству, состояние неудовлетворенности, напряженности;
- соматовегетативные реакции: расширение зрачков, зевота, слезотечение, насморк с чиханием, «гусиная кожа». Исчезает аппетит. Наблюдается нарушение засыпания. Возникает через 8–12 ч после последнего приема наркотического средства.

Вторая фаза

Чувство озноба. Сменяющееся чувством жара, приступы потливости и слабости, постоянные признаки «гусиной кожи». В мышцах спины, ног, шеи и рук появляется ощущение неудобства. Мышцы тела напряжены. Появляется боль в межчелюстных суставах и жевательных мышцах. Проявляются симптомы первой фазы. Зрачки широкие. Частое чихание (до 50–100 раз). Интенсивное зевание. Слезотечение. Наиболее выражены через 30–36 ч после последнего приема наркотического средства.

Третья фаза

Появляются мышечные боли. Мышцы спины, конечностей, реже шеи, сводит, тянет, крутит. У части пациентов возникают судороги периферических мышц (икроножных, стопных и др.). Потребность двигаться высока. В начале движения боли ослабевают, затем усиливаются. Наркоманы не могут найти себе места, ложатся, встают, вновь ложатся, крутятся в постели. Боли в суставах отсутствуют. Пациенты напряжены, недовольны, злобны, депрессивны, с переживаниями безнадежности и бесперспективности. Влечение к наркотическому средству компульсивное. Признаки первых двух фаз усиливаются. Состояние развивается к концу вторых суток лишения наркотического средства.

Четвертая фаза

Отличается от третьей фазы появлением нового симптома диспептических явлений. Появляются боли в животе. Через несколько часов – рвота и понос. Понос до 10–15 раз в сутки, сопровождается те-

незмами. Появляется на третьей сутки лишения наркотического средства и длится до 5–10 дней.

Действие седативно-снотворных веществ

Седативными являются вещества, после приема которых снижается активность и появляется ощущение спокойствия, гипнотическими (снотворными) – вещества, вызывающие дремотное состояние и сон. К этой группе относят барбитураты и транквилизаторы.

Барбитураты являются одной из самых известных групп наркотических средств. Первое производное барбитуровой кислоты – веронал – был синтезирован в 1903 г. в лаборатории Фишера в Германии. В 1912 г. синтезирован люминал. В настоящее время существует около 30 синтезированных препаратов, среди которых выделяют препараты длительного действия (8–12 ч) – фенobarбитал (люминал), среднего действия (6–8 ч) – барбитал (веронал), барбитал-натрий (мединал), амитал-натрий (барбамил), короткого действия (4–6 ч) – этаминал-натрий (нембутал).

Смертельной дозой барбитуратов считается одномоментный прием около 10 терапевтических разовых доз каждого препарата или их смеси.

Транквилизаторы – вещества, снижающие тревогу. Наиболее распространенными являются препараты группы бензодиазепинов: седуксен (валиум, сибазон, диазепам), элениум (либриум, хлосепам), оксазепам (тазепам, нозепам, серакс), нитразепам (эуноктин, радедорм) и др.

Злоупотребление снотворными и транквилизаторами развивается вследствие:

- прием медикаментов начинается по рекомендации врача, когда на фоне некоторой толерантности наблюдается эйфорическое действие препарата (лица, злоупотребляющие алкоголем, пациенты, привычно принимающие снотворные и др.);

- эпизодический прием наркотических средств, в том числе данной группы, для достижения эйфории;

- заместительный прием седативно-снотворных веществ наркоманами в отсутствие привычного наркотического средства.

Наркотический эффект возникает уже при приеме 2–3-кратной терапевтической дозы снотворных и 5–10-кратной дозы транквилизаторов, при условии установки на получение эйфории и преодолении возникающей на первых этапах сонливости. Характерными чертами опьянения является заторможенность, лабильность аффекта, нарастающая дискоординация движений. Указанные признаки более выражены в случае приема седативно-снотворных препаратов.

Интоксикация препаратами описываемой группы имеет сходство с действием опиатов и протекает в три фазы.

Первая фаза – при употреблении транквилизаторов и барбитуратов перорально эффект выражен слабо, для его усиления подэксперт-

ные вводят наркотическое средство внутривенно. Данная фаза кратковременна и занимает несколько секунд.

Вторая фаза – проявляется отвлекаемостью, эмоциональной лабильностью. В начале опьянения возникает беспричинное веселье, ощущение телесного удовлетворения, симпатии к окружающему. При этом эмоциональный фон неустойчив, веселье легко переходит в гнев, агрессию по отношению к окружающим.

Восприятие действительности искажается, событие, не относящееся к пациенту, воспринимается им на свой счет, как нечто оскорбительное или, наоборот, как проявление симпатии, заботы.

Меняется самосознание, снижается самокритика. Накорман представляет себя значимой, всеми уважаемой личностью, склонен переоценивать свои возможности. Ориентировка в месте, времени и собственной личности сохранена.

Лица, употреблявшие алкоголь, субъективно ощущают прилив сил, энергии, испытывают желание двигаться, что-то делать. При этом из-за недостаточно координированных движений качество выполняемых действий чрезвычайно низкое. Происходит усиление сексуального влечения, повышение аппетита. Ухудшается память.

Психические нарушения сопровождаются грубыми соматическими и неврологическими изменениями: отмечается гиперсаливация, гиперемия склер глаз и кожи лица. Потоотделение усилено, пот горячий. На спинке языка – неснимаемый коричневый налет. Отмечается гипотермия, брадикардия, гипотония. Зрачки расширены, реакция на свет вялая, отмечается латеральный нистагм, диплопия, дизартрия, гипомимия, понижение рефлексов и мышечного тонуса, атаксия.

Третья фаза – проявляется тяжелым глубоким сном. Если сон возникает днем, он длится всего 3–4 ч.

Постинтоксикационное состояние проявляется вялостью, разбитостью, неспособностью сосредоточиться, снижением сообразительности. Сохранены соматоневрологические проявления. Отмечается головная боль, тошнота, рвота, жажда при отсутствии аппетита.

Передозировка препаратов сопровождается наступлением бездвиженности, оглушением, глубоким сном, достигающим до комы. Падает артериальное давление, пульс учащается, дыхание становится поверхностным, частым, замедленным (дыхание Чейна-Стокса). Пациент бледнеет, падает температура, исчезают глубокие рефлексы. Смерть наступает при явлениях паралича дыхательного центра.

Развитию комы могут предшествовать состояния оглушения, дезориентировка, беспорядочное двигательное возбуждение, немотивированная агрессия, эйфория или угрюмость.

Психотические состояния в структуре опьянения обычно отсутствуют, лишь иногда отмечаются короткие эпизоды, напоминающие делирий, аменцию и даже маниакальное состояние.

Для барбитуровой наркомании характерны абстинентные психозы, возникающие на 3–5 день после отнятия наркотического средства, чаще в виде барбитурового делирия, который отличается от алкогольного делирия более глубокой степенью помрачения сознания, с обширными амнезиями по выходе из психоза; меньшим двигательным возбуждением; интенсивной цветовой окрашенностью галлюцинаций; отсутствием неустойчивого аффекта с элементами смешливости, характерного для алкогольного делирия.

Стимулирующие средства

Стимулирующие вещества известны с древнейших времен. Для снятия усталости, подавления голода, выполнения тяжелой и длительной работы жевались листья коки, эфедры, ката, заваривались листья чая, мате, дробленые плоды кофе, какао, орехов кола. Значительно позже, в XIX–XX вв. стимуляторы были выделены в чистом виде и исследованы их свойства. В наркологии наибольшее значение имеют следующие стимуляторы: кокаин, амфетамин (фенамин) и его производные (фенатин, первитин и др.), эфедрин, катин, катинон, кофеин.

Кокаина гидрохлорид (белый порошок) – употребляется путем вдыхания через нос или в виде водного раствора вводится внутривенно. Существует форма кокаина – «крэк», не разрушающаяся при нагревании. «Крэк» готовят с использованием эфира, нашатырного спирта и соды, применяют в виде курения.

Злоупотребление кофеином чаще встречается в форме употребления чефира – напитка, приготовленного путем длительного кипячения большого количества чая – 100–150 г в небольшом количестве (200–300 г) воды.

Действие стимуляторов

Эйфорический эффект достигается при приеме внутрь, внутримышечных и внутривенных инъекциях. Для ощущения эйфории требуются индивидуальные дозы. Опьянение при приеме стимуляторов протекает однотипно и представлено четырьмя фазами.

Первая фаза развивается быстро: субъект ощущает озарение, окружающее исчезает, кажется чуждым, иным, теряется способность внешнего восприятия. На фоне острого состояния блаженства возникают изменения проприоцептивности: легкость тела, ощущение полета. Оглушение кратковременно.

Вторая фаза развивается при приеме препаратов внутрь. Представлена суженным сознанием и обильными соматическими ощущениями. Чувство легкости, способности к полету сохраняется, и некоторые опьяневшие пробуют, подпрыгивая, взлететь. С поверхности кожи, от мышц,

внутренних органов воспринимаются разнообразные приятные ощущения. У многих возникает ощущение движущихся по телу волн тепла и соматического блаженства, исходящих из эпигастральной области. Встречаются ощущения роста волос на голове и чувство периодического, как и волны, приятного озноба. Внимание сконцентрировано на чувственных переживаниях, окружающее не воспринимается. Интенсивность эйфории оценивается как «оргазм всего тела».

Третья фаза характеризуется обострением ясности сознания и восприятия окружающего, при суженном объеме восприятия. Качество восприятия характерно для симпатотонии: яркое, насыщенное, с фиксацией мельчайших деталей, приобретающих четкость и контрастность. Фон настроения приподнятый, благодушный, с чувством любви ко всему, всем людям. Опьяневшие испытывают прилив сил, потребность в деятельности, в частности, творческой. Они начинают рисовать, слагать стихи, играть на музыкальных инструментах, строить теории в различных областях знаний. Возникает неуправляемое желание общаться. Они становятся суетливыми и болтливыми. В многоречивости наглядна быстрота и поверхностность ассоциаций, разорванность, персеверации.

Насыщенность, яркость чувственного восприятия очень высоки. Нередки синестезии: звуковые раздражители усиливают световые, цветовые, а зрительные – обостряют восприятие речи, музыки; кожные раздражения усиливают проприоцептивные ощущения. Резко возрастают либидо и потенция, а также сексуальные чувствования.

Четвертая фаза – фаза «выхода» – начинается с восстановления объема сознания и его ясности. Эйфория, благодушие снижаются, иногда сменяясь подавленностью, раздражительностью, желанием остаться одному, в покое. Порог восприятия остается низким, но впечатления не вызывают удовольствия, кажутся чрезмерными.

Наблюдается гиперестезия всех органов чувств, особенно тяжело переносится гиперакузия и светобоязнь, более выраженная при дневном, а не вечернем свете. Возникают сенестопатии в виде нечетких неприятных летучих ощущений в различных частях тела, боль в затылке, «ползание мурашек», озноб, вздрагивания всем телом даже в отсутствие внешних раздражителей. Может наступить поверхностный сон. Отмечаются опустошенность, вялость, сонливость без перехода в сон.

Если опьянение происходит в одиночестве, то часто дело доходит до смены пестрых рядов представлений с калейдоскопическим чередованием сцен, представляющих или воспроизведение картин прошлых лет, или фантазирование из области будущего. Все трудности, создаваемые действительностью, при этом исчезают из сознания, и в своих воздушных замках кокаинист делается богатым, знаменитым и т.д. Чувство слуха у кокаиниста обостряется, зрение делается более напряженным,

поэтому и сами представления приобретают большую яркость и живость. Испытываемое кокаином в этой стадии чувство повышенной физической силы, выносливости и уверенности в движениях частью чисто субъективно, частью соответствует кратковременному действительному подъему, испытываемое же им богатство мыслей всегда обманчиво и в действительности сводится к воспроизведению старого материала, в котором часто недостает логической связности.

Длительность опьянения стимуляторами различна в зависимости от того, какой препарат и каким способом введен. Самым опьяняющим свойственно восприятие ускорения времени, часы кажутся минутами. Длительность опьянения амфетамином составляет 2–3 ч, катом – 2 ч, кокаином – 1–1,5 ч, эфедрином – 4–5 ч.

После опьянения физическая и психическая слабость, нарушения сна, аппетита, либидо и потенции могут сохраняться в течение нескольких дней.

Зависимость от приема стимуляторов возникает очень быстро: спустя 2–3 недели нерегулярного приема внутрь и через 3–5 инъекций внутривенно. Желание повторить ощущения, поиск наркотика, компании, где можно достать наркотик, появляется уже тогда, когда дозы еще не возросли. Толерантность и извращение действия стимуляторов развиваются также очень быстро.

I стадия представлена синдромом психической зависимости. Влечение интенсивно, занимает сознание пациента, вытесняя интерес к прежним занятиям. Удовольствия, радости, не связанные с опьянением, утрачивают субъективную ценность.

Синдром измененной реактивности представлен быстро растущей толерантностью. Последняя растет за счет учащения инъекций наркотика. Действие стимулятора меняется, укорачивается длительность действия разовой дозы. Слабеют соматические эффекты психостимулятора, характерные для четвертой фазы опьянения: ощущение перебоев и болей в сердце, головная боль, кожно-мышечная возбудимость, озноб, вздрагивания, сенестопатии, задержка мочи. Исчезает психофизическая слабость, больные чувствуют себя бодро, хотя сон и аппетит не восстанавливаются. Трансформируются также первые три фазы опьянения. Острота первых двух фаз не столь интенсивна, они укорачиваются. Третья фаза представлена более упорядоченным внешне поведением, без избыточной двигательной активности. Сохраняется потребность в общении, речевое возбуждение, склонность к творчеству, интеллектуальная радость. Вырабатывается новый ритм приема. Введение наркотического средства повторяется после окончания действия очередной дозы. Наркотическое средство могут вводить в течение 2–3 дней днем и ночью, суточная толерантность возрастает в 5–6 раз, разовая доза пока не меняется. Период непрерывной наркотизации

заканчивается психофизическим истощением. Через 6–10 ч наступает сон, длящийся 1–2 сут, после которого больные приходят в себя. Много едят, особенно сладкое и жирное. Но влечение к наркотическому средству снова толкает их к очередному циклу. Отсутствие наркотического средства вызывает психический дискомфорт, неудовлетворенность. Нарушена концентрация внимания, продуктивная работа невозможна, все мысли заняты наркотиком.

При употреблении кокаина после того, как состояние кокаинового опьянения достигает своего наивысшего уровня, начинается фаза физического и психического расслабления. Кокаинист чувствует необыкновенную усталость и полное безволие при полном отсутствии потребности во сне. Отсутствие стремлений ведет к полной неподвижности. Вместо того чтобы пойти домой, он всю ночь сидит с тупым видом на том месте, где нюхал кокаин. Настроение подавленное, характерны самобичевание, тяжелое угнетение, тоска или полная душевная пустота. После тяжелых страданий кокаинист забывается в тяжелом сне. Проспавшись, он необыкновенно освежается и к вечеру следующего дня готов снова прибегнуть к приему кокаина. Длительность I стадии составляет 1–1,5 мес.

II стадия. Суточная толерантность достигает высокого уровня, складываясь из возросшей разовой и суточной толерантности. Дозы кокаина возрастают до 3 г/сут, амфетамина – до 1 г/сут, первитина – до 0,8 г/сут, прелюдина – до 1,5 г/сут, эфедрина – до 4–6 г/сут. Рост толерантности проявляется главным образом в дальнейшем сокращении последствий разовой дозы. Инъекции учащаются и делаются каждые 1,5–4 ч. Цикл наркотизации представлен 5–10-дневным непрерывным злоупотреблением наркотика и 2–3 днями «отхода» и сна. Происходит изменение характера опьянения. Период эйфории сокращается с 4 до 2 ч, постепенно ослабевает яркость переживаний. Исчезает «прилив», ослабевает ощущение «горячей волны», пациенты теперь ощущают только теплоту в эпигастральной области, которая, начав подниматься, тут же затухает, не доходя до головы. Приятного озноба уже не появляется. Жажда многосторонней деятельности сменяется какой-либо однотипной деятельностью, например, рисованием, написанием стихов. Темп течения психических процессов долгое время сохранен. Моторная гиперактивность исчезает.

В четвертой фазе опьянения возникает напряженность, иногда с раздражительностью, тревогой. У некоторых выражен дисфорический синдром со злобностью, гневливостью, агрессией. При сроках злоупотребления более года отмечается неустойчивость эйфории, которая легко исчезает от внешних воздействий (например, при обращении к больному).

Во II стадии синдром психической зависимости выявляется с трудом, лишь в периоде ремиссии. Клиническая картина представлена в основном проявлениями физической зависимости. С появлением компульсивного влечения отмечаются и начальные признаки абстинентного синдрома. Влечение к наркотическому средству императивно, неуправляемо. Пациенты напряжены, злобны, способны на преступление, агрессию. Поведение импульсивно, сознание сужено поисками наркотического средства.

III стадия. Сохраняется циклическая форма потребления наркотика. Циклы укорачиваются, количество стимуляторов уменьшается. Изменяется действие наркотика. В опьянении соматические ощущения слабые. Психическое и двигательное возбуждение незначительно. Подъем настроения непостоянен. Наркотическое средство употребляется, главным образом, чтобы предотвратить абстинентный синдром.

В опьянении проявляется деградация. Речь вязкая, медлительная, с персеверацией, лишенной какой-либо продуктивности. Характерно собирательство мелких ненужных предметов. Сексуальная ориентация может меняться с гетеросексуальной на гомосексуальную, иногда проявляется сексуальная агрессия в форме педо- и геронтофилии. Прием наркотического средства прекращается из-за психической и физической невозможности дальнейшей интоксикации. Вместо эйфории появляется взбудораженность, пугливость, страхи. Зрительных обманов восприятия не бывает. Прилива сил не происходит, нарастает физическая усталость, вялость, апатия, стойкая бессонница. Без седативных средств сон, как правило, не наступает.

Через 12–20 ч после отнятия наркотика нарастают симптомы абстиненции, описанные выше. Характерен неустойчивый эмоциональный фон с меняющимся многократно в течение дня настроением от повышенного, гипоманиакального, до раздражительного, мрачного, гневливого настроения со злобным аффектом, подозрительностью и недовольством окружающими. Периодически появляется безотчетная тревога, внутреннее напряжение. На 2–4-й день усиливается компульсивное влечение, сопровождающееся раздражительностью, вспыльчивостью, злобностью, грубостью. Длительность дисфорического этапа абстиненции составляет от 12 до 24 ч, после чего больной становится апатичным, вялым, жалуется на сниженное настроение. Жизнь представляется большим потерянкой, ничто не радует, окружающее кажется бессмысленным, неинтересным. Отмечается резкая физическая слабость. Тревожность и мнительность сохраняется первые 4–5 дней абстиненции. Через 7–10 дней состояние больных улучшается, но еще на протяжении 2–3 недель сохраняются вялость, сниженный фон настроения, раздражительность, невозможность сконцентрировать внимание.

Последствия и осложнения хронической интоксикации стимуляторами возникают в течение первых месяцев злоупотребления. Особенностью является ранняя социальная декомпенсация. Как только формируются циклы употребления наркотического средства, пациент не в состоянии посещать учебу, работу, конфликтует с окружающими. Возникают значительные психические изменения. Падает способность активного внимания, нарушается произвольное воспроизведение, появляется склонность к резонерству с плоскими суждениями, интеллект снижается, отсутствует критика к своей болезни, имеется грубая переоценка своей личности.

В течение 1,5–2 лет развивается опустошение психической сферы. Речь монотонна, односложна. Пациенты аспонтанны, бездеятельны. Нарастает грубость, раздражительность, взрывчатость, учащаются злобные, агрессивные реакции. Аффективная патология представлена депрессией от дисфорической до апатической. Высок риск суицидальных попыток. Характерна быстрая потеря нравственно-этических представлений. Пациенты неряшливы, запущены, грязны, ведут паразитический образ жизни. Эгоистичны. Продают вещи из дома, не заботятся о воспитании детей.

Нейротрофические нарушения проявляются в преждевременном старении, сухости и дряблости кожи, ломкости ногтей и волос. У нюхальщиков-кокаинистов описаны изъязвления и прободение носовой перегородки, западение хрящевой части спинки носа. Любые повреждения заживают долго. Характерным проявлением трофических расстройств являются пигментные пятна на месте гнойников, фурункулеза. У пациентов старческий вид, невыразительное, безжизненное лицо. Они бледны. Конечности холодные, синюшные. Имеются расстройства координации. Поражаются черепно-мозговые нервы, что проявляется диплопией, офтальмоплегией, параличом подъязычного нерва.

Болезнь развивается высокопрогредиентно. Психическая зависимость может возникнуть после первых инъекций кокаина и даже эфедрина. Еще менее эйфоригенный кофеин способен вызывать физическую зависимость в течение 6–15 дней при ежедневном введении в дозе 600 мг. Циклическая форма злоупотребления стимуляторов способствует быстрому развитию физической зависимости и формированию психоорганического синдрома. Ремиссии кратковременны.

Абстинентный синдром проявляется, прежде всего, соматовегетативными признаками. Характерны головная боль, приступы сердцебиения и боли в сердце, одышка в покое, ощущение разбитости в мышцах, фибриллярные подергивания и судороги мимических мышц языка. Тремор усиливается, движения атаксичны, порывисты, неловки, с грубой дискоординацией, чрезмерной амплитудой. Появляются зевота, озноб, гипергидроз. Дермографизм белый. Резко возрастает

чувствительность к раздражителям, в том числе кожным. Больной вздрагивает, судорожно отдергивает руки при осмотре. Выражена тревожность, страх перед окружающим. Фазы выделить затруднительно. Возбуждение длится 2–3 дня, даже в случае лечения.

Постабстинентное состояние продолжается до 1–1,5 мес. После возбуждения больные вялы, адинамичны, тоскливы, плачут, убеждены в безнадежности своего состояния. Appetit отсутствует. Масса тела продолжает снижаться. Характерны лабильность и неупорядоченность, асимметрия вегетативных показателей. Сон длительный, глубокий, иногда дневной.

Острое возбуждение первых суток абстиненции может перейти в психоз, чаще в делириозной форме. Помрачается сознание с обильными зрительными, слуховыми и тактильными галлюцинациями. Утрачивается ориентировка в окружающем, больной возбужден, переговаривается с голосами часто императивного характера, высказывает отрывочные бредовые идеи преследования и физического воздействия, собирает с поверхности тела видимое ему множество жуков, гусениц, мышей и других мелких объектов.

Защищаясь, спасаясь пациенты становятся крайне агрессивными. Вегетативные проявления выражены умеренно. Постоянен аффект страха, достигающий иногда степени ужаса. Острота восприятия высока: больной видит малейшие детали предметов, особенности их окраски и т.д. Длительность абстинентного психоза от 3–4 до 10–15 дней. Наблюдается амнезия на происшедшие события за исключением аффективных переживаний. При выходе из психоза у части пациентов сохраняется подозрительность, недоверчивость, идеи отношения, приступы тревожности. Резидуальная симптоматика сохраняется в течение 3–4 недель на фоне астенической депрессии.

Эфедроновая наркомания

Злоупотребление эфедромом носит название эфедроновой наркомании.

По химической структуре и действию эфедрон может быть отнесен к группе амфетаминов, а клиническая картина эфедроновой наркомании близка к наркомании, обусловленной амфетамином. Однако имеется ряд особенностей в течении эфедроновой наркомании. Эфедромом начинают злоупотреблять в подростковом и молодом возрасте. Мотивом первого введения наркотического средства обычно является подражание, а начало наркомании и ее становление происходят, как правило, в группе. Систематическое применение эфедрона можно отнести к одной из самых злокачественных наркоманий в связи с тем, что психическая зависимость от него развивается чрезвычайно быстро, после нескольких инъекций препарата, а иногда уже после одного введения.

Эфедрин, являющийся основой кустарно изготавливаемого эфедрона, находит широкое применение в медицине. Это сделало его легкодоступным для приобретения. Вводится эфедрон с наркотической целью внутривенно от 2 до 80 мл/сут, доза варьирует в зависимости от стадии наркомании, частоты введения, индивидуальных особенностей организма. Наркотический эффект развивается сразу или через 15–20 мин после введения и длится 6–8 ч. Постепенно с повышением толерантности этот период укорачивается до 2–3 ч, что сопровождается сокращением срока между инъекциями, число которых достигает до 10 раз в сутки.

Состояние наркотического опьянения характеризуется субъективно приятно переживаемым чувством эйфории, прилива энергии, легкости тела, ясности мысли, повышением трудоспособности. Весь мир воспринимается в приятных радужных тонах, теряется ощущение времени, свое состояние больные определяют как состояние счастья и необычной радости.

Внешне опьяневший становится многословным, суетливым, его деятельность носит непродуктивный, нецеленаправленный характер, могут наблюдаться психомоторное возбуждение, явления деперсонализации. Вегетативные проявления сводятся к тахикардии, повышению артериального давления (АД), сухости во рту.

После периода интоксикации наступает резкий спад самочувствия и настроения с оттенком тоскливости, повышенной раздражительности. Пациенты испытывают вялость, безразличие, чувство неудовлетворенности, разбитости, слабости. Со временем эйфоризирующий эффект эфедрона постепенно уменьшается, введение препарата лишь несколько уменьшает слабость, вялость и раздражительность, накапливающиеся от введения к введению.

В период острой наркотической интоксикации у пациентов констатируются признаки повышения внутричерепного давления (оболочечный синдром Брудзинского, болезненность супраорбитальных точек, сочетающиеся с горизонтальным нистагмом и общей кожной гиперестезией), расширение зрачков, горизонтальный мелкоамашистый нистагм, повышение мышечного тонуса по экстрапирамидному типу. Последние проявления связаны, по-видимому, с токсическим действием марганца, соединения которого используются для приготовления эфедрона кустарным способом.

Абстинентный синдром формируется через несколько месяцев (обычно менее года) после начала систематического злоупотребления эфедроном. Развивается на следующие сутки после отнятия наркотика и продолжается от 7 до 14 дней. Абстинентный синдром характеризуется разбитостью, вялостью, раздражительностью, общей слабостью и сонливостью. Отмечаются аффективные нарушения в виде тоскливости, тревожности, депрессии с дисфорическим оттенком, апатии. У

некоторых наблюдаются негативизм, ознобоподобный тремор с двигательным беспокойством, истероформные реакции.

Вегетативные расстройства представлены головной болью, сухостью во рту, неприятными ощущениями в глазных яблоках, артериальной гипертензией, гипергидрозом, акроцианозом, сальностью кожи, лабильностью вазомоторов лица и шеи. Неврологически обнаруживается оболочечный симптом Брудзинского, сужение зрачков и их вялая реакция на свет, диффузная мышечная гипотония, гипомимия лица, изменение сухожильных рефлексов, статическая атаксия, интенционный тремор, нарушение координации, дизартрия.

Систематический прием эфедрона приводит к потере аппетита, уменьшению массы тела, стойкой бессоннице, снижению работоспособности. Вне приема наркотического средства наблюдаются выраженные астено-депрессивные состояния, чувство разбитости, неспособности сосредоточиться, что вынуждает наркомана прибегать к введению очередной дозы наркотического средства, который не столько вызывает эйфорию и чувство физического и психического комфорта, сколько уменьшает имеющиеся расстройства настроения и физического состояния. С течением времени меняется поведение пациента, развиваются психические расстройства. Возникает общая параноидная настроенность, подозрительность, навязчивые страхи. Могут развиваться психосенсорные расстройства, нарушения схемы тела, дисморфофобии.

Чувство неуверенности и страха толкает пациентов к общению, в котором они многословны, непоследовательны, суетливы, неусидчивы. Развивающиеся психозы сходны с амфетаминовыми, возникают в результате систематической и длительной интоксикации на фоне выраженной бессонницы и общего истощения организма. Наиболее распространенными являются затяжные бредовые психозы, характеризующиеся бредом преследования, отношения, ревности. Прогноз психозов благоприятен в случае полного прекращения употребления наркотика и своевременного начатого лечения.

В целом эфедроновая наркомания течет неблагоприятно. Ремиссии кратковременные. Течение осложняет развитие психоорганического синдрома. Наркоманы социально декомпенсированы, социального восстановления, как правило, не наблюдается.

Действие галлюциногенов

Особое место среди наркотических веществ занимают психодизлептики (синонимы: галлюциногены, психоделики, психотомиметики, деперсонализаторы, психотогены), в первую очередь диэтиламид лизергиновой кислоты (ЛСД), мескалин (пейотль), семена ипомеи, мускатный орех, псилоцибин, эрготамин и др.

Психодизлептики, как и все наркотические средства, вызывают эйфорию, изменение сознания, расстройства восприятия, мышления,

способны формировать пристрастие, наркоманическую зависимость. В отличие от действия прочих наркотических средств, они вызывают эйфорию в меньшей степени, но обуславливают большую выраженность расстройств сознания, восприятия и мышления.

Все психодизлептики, и это главное, вызывают спонтанную, неуправляемую, часто не связанную с внешними раздражителями психопатологическую продукцию. Этот наплыв, психический автоматизм, дезорганизует психику до степени психоза. Поэтому не случайны такие названия этого класса веществ, как «галлюциногены», «фантастики», «психотомиметики». Если опиаты вызывают расстройства познавательной функции, эмоций, поведения, стимуляторы – расстройства восприятия, в том числе параноидную настроенность интерпретации, снотворные – расстройства эмоций и мышления, то психодизлептики вызывают одновременное расстройство всех психических функций на всех уровнях.

Действие психодизлептиков

Опьяняющий эффект возникает при приеме количеств, измеряемых миллиграммами. Для ЛСД это 50–200 мкг, мескалина – 200–500 мг, псилоцибина – 10–50 мг, циклодола – 6–8 мг.

Скорость появления субъективных и объективных признаков опьянения колеблется от нескольких минут (ЛСД) до 15–30 мин (псилоцибин, мескалин, циклодол).

Изменение сознания при приеме психодизлептиков представлено чаще всего делириозной формой. В ряде случаев помрачение достигает глубины сумерек и пробуждение опьяневшего невозможно. Возможно онейрическое расстройство сознания и характерные для онейроида симптомы (космическая, религиозная, мистическая тематика переживаний, ступор и т.д.), когда опьяневший как бы находится в зрительном зале, а не на сцене, наблюдая за происходящим со стороны.

Примечательно, что во многих случаях, особенно после интоксикации ЛСД, мескалином и псилоцибином, воспоминания о перенесенном многообразны, ярки и обильны. Восприятие характеризуется не только искажением и насыщенной или ослабленной эмоциональностью. Возникает внутренняя картина, восприятие без внешнего раздражителя: скользящие образы с закрытыми глазами, музыка, голоса внутри с самой необычной локализацией.

Часты синестезии, когда звук «видят», а цвет, образ «слышат». Восприятие извращается, холодное кажется горячим, гладкое – колючим. Нарушается внутренняя перцепция; необычайны ощущения схемы тела, размеров, расположения отдельных его частей вплоть до чувства отделенности от тела конечностей, мозга и т.д. Меняются восприятие времени, пространства, соотношения окружающих предметов, их форма, масса, плотность, текстура.

Теряется различие между болезненными представлениями и реальностью. Описаны переживания ужаса, витальной тоски, бессмысленности жизни, приступы неуправляемой агрессивности, случаи самоубийств и убийств во время опьянения и в последующие несколько суток.

Иногда опьяневший ощущает сверхсчастье, близость к Богу, неизъяснимый восторг. Эйфория при опьянении некоторыми психодизлептиками (ЛСД) не включает, как правило, соматический компонент удовольствия. Блаженство и восторг переживаются экстатически, с застыванием.

Наиболее глубокое проявление – нарушение осознания своей личности, которое можно представить как раздвоение, чуждость и даже потерю. Деперсонализация принимает иногда причудливые формы: ощущение себя лицом противоположного пола, неодушевленным предметом, существом, «рассеянным в планетарных лучах». Психические процессы приобретают автоматичность, становятся неуправляемыми, снопоподобными. Спонтанно всплывает в представлениях, казалось, давно забытое; нейтральное предстает как значимое, значимое – как безразличное; значения приобретают противоположный смысл. Концентрация внимания невозможна.

У части пациентов этой наркоманией состояния интоксикации могут переходить в картину затяжного психоза с галлюцинаторно-бредовыми переживаниями, требующими лечения в условиях психиатрического стационара. Наблюдение за такими пациентами подсказало возможность рецидивов психических состояний, уже непосредственно не связанных с приемом очередных доз наркотика.

Из других патологических нарушений, которые проявляются при хроническом употреблении психодизлептиков, описываются личностные изменения в виде подозрительности, склонность к формированию идей отношения, периоды страха, сниженного настроения, являющиеся причиной суицидального поведения. Лечение наркоманий, вызванных психодизлептиками (галлюциногенами), при раннем его начале может привести к благоприятным результатам.

Летучие растворители (ингалянты) – это вещества, которые вдыхают с целью получения токсического опьянения. Действиями такого рода занимаются, как правило, подростки. В разнообразных средствах бытовой химии и технических жидкостях действующими веществами в основном являются алифатические и ароматические углеводороды. Среди них чаще всего токсикоманами используются бензол, ксилол, толуол, ацетон и другие кетоны, этиловый и амиловый эфиры, метиловый и изопропиловый спирты, а также галогенизированные и фторированные углеводороды.

Соматовегетативные признаки опьянения различными ингалянтами во многом сходны и начинают развиваться раньше психических нарушений, в первой фазе опьянения. Сперва возникает головокруже-

ние, раздражение верхних дыхательных путей (щекотание в носу и горле, кашель), затем покраснение лица, склер. Зрачки расширяются, пульс учащается, может наблюдаться спонтанный нистагм, речь становится дизартричной, смазанной, с пропуском слогов и слов, походка шаткая, нарушается координация движений.

Вторая фаза развития опьянения начинается с эйфории. Для вдыхания паров бензина используют ткань, пропитанную этим веществом. Эйфория не сопровождается усилением двигательной активности. Постепенно развивается легкое оглушение, вдыхающий отключается от всего происходящего. Начинается наплыв зрительных галлюцинаций, отношение к которым двойственное: чувство страха сочетается с увлеченным интересом.

К зрительным галлюцинациям могут присоединиться слуховые, всегда связанные по тематике со зрительными. Токсикоманы могут как бы произвольно «заказывать» тематику болезненных переживаний. В начале делирия к переживаниям сохраняется частичная критика, в дальнейшем она полностью утрачивается. Тогда галлюцинации принимаются за реальность, вдыхающий может броситься бежать или отбивается от мнимых преследователей. Но так как ингаляция при этом прекращается, то и помрачение сознания быстро ослабевает и критика к галлюцинациям возвращается. Этим, видимо, объясняется редкость общественно опасных действий, совершаемых в этих состояниях. Через 10–30 мин сознание полностью проясняется, галлюцинации прекращаются.

При вдыхании паров пятновыводителей эйфория выражена очень ярко, опьяневшие не только улыбаются, но и громко смеются, особенно в компании. Затем наступает визуализация представлений («о чем подумаю, то и увижу»). Сохраняющийся эйфорический фон определяет содержание представлений, которые отражают ранее виденное, слышанное, прочитанное. Возникавшие во время опьянения произвольные представления хорошо сохраняются в памяти, о них подростки с удовольствием рассказывают приятелям. Подышав несколько минут, ингаляцию прерывают, но еще 5–20 мин могут продолжаться визуализированные представления.

Более длительные ингаляции (с перерывами в течение нескольких часов), приводят к развитию онейроида. На фоне ощущения, отключенности от окружающего, обездвиженности разворачиваются яркие сценopodobные картины, напоминающие увлекательный фильм. Ощущение произвольности утрачивается, видения уже не возникают по заказу, а носят характер насильственности.

Вслед за онейроидом наступает астения, вялость, апатия, легкая депрессия с дисфорическим оттенком.

Опьянение парами ацетона сходно с тяжелым опьянением от паров пятновыводителей: на фоне легкой эйфории быстро возникают онейроидные переживания с красочными грезоподобными фантазиями. Вслед за онейроидом может последовать сопор, а затем и кома.

Опьянение парами толуола и растворителей нитрокрасок. Подростки дышат 1–2 мин из целлофанового пакета. Через 10–15 мин развивается собственно опьянение.

При первых «пробах» имеют место сужение сознания, двигательное возбуждение, быстрая смена аффекта от восторженного экстаза до неукротимой злобы, бледность, тахикардия, сухость во рту. При повторных опьянениях развивается приятное благодушное состояние («кайф») с ощущением легкости тела, душевного подъема, особой яркости красок вокруг, обострения слуха. Затем около часа продолжается делирий с истинными зрительными и слуховыми галлюцинациями.

Опьянение в зависимости от дозы жидкости (от 10 до 1000 мл) длится от нескольких минут до 2 ч. По вытрезвлении возникает астения с дисфорией и головной болью.

Опьянение парами некоторых видов клея начинается с эйфории, сопровождающейся обездвиженностью, за которой следует возникновение онейроидного состояния с нарастающим оглушением вплоть до полного отключения от окружающего.

Для переживаний в этих состояниях наиболее характерны «видения», напоминающие мультипликационные фильмы, часто смешного содержания. Галлюцинаторными образами часто являются ярко окрашенные маленькие человечки и зверюшки, быстро движущиеся, с живой мимикой, иногда говорящие писклявыми голосами. Эйфорический фон сохраняется на всем протяжении опьянения вплоть до глубокого оглушения.

Несмотря на обычно небольшую длительность опьянения, по вытрезвлении подросткам кажется, что прошло очень много времени. Как правило, сохраняются довольно полные воспоминания о перенесенном.

Постинтоксикационное состояние включает психическую и физическую астению, чувство утомления, вялости затруднение при попытках сосредоточиться, при тяжелом опьянении – головную боль, тошноту и рвоту.

При развившейся токсикомании в опьянении ингалянтами исчезают неприятные физические ощущения, головная боль, тошнота. Атаксия заметно уменьшается, опьяневшие, хотя и неуверенно, могут ходить. Первая фаза опьянения сокращается. При первых вдыханиях возникают эйфория и нарушения восприятия. Наплыв галлюцинаций приобретает некоторую упорядоченность. Опьяневшие в большей мере, чем ранее, могут собой управлять, контролировать вдыхание, сохранять и поддерживать искомую глубину опьянения.

Действие корректоров психофармакотерапии (циклодол, паркопан и аналоги). Полинаркомании

Интоксикация препаратами данной группы сопровождается возникновением расстройства схемы тела, изменением восприятия размера и формы окружающих предметов. Возможно также развитие циклодолового делирия, сопровождающегося обилием зрительных галлюцинаций устрашающего характера. Злоупотребление данными препаратами может приводить к формированию психической зависимости, возникновению изменения личности, вплоть до ее деградации.

Полинаркоманией называется одновременное злоупотребление несколькими наркотиками. Переход на употребление двух наркотиков и более может быть обусловлен тремя основными причинами:

1. Ранее принимаемое наркотическое средство не приносит желаемого эйфорического эффекта в силу нарастающей толерантности, в этих случаях выбирается более сильное наркотическое средство. Например, довольно часто курильщики гашиша прибегают к употреблению опия и его дериватов, при этом часть наркоманов сохраняет и привычное употребление препаратов конопли.

2. Практически при всех типах наркомании с течением времени наступает нарушение сна. Стойкая многодневная бессонница вынуждает пациентов, страдающих наркоманией прибегать к снотворным, которые, в свою очередь, вызывают зависимость от них. В этих случаях прием снотворных становится постоянным, а дозы их постепенно увеличиваются.

3. Привычное наркотическое средство становится труднодоступным чаще всего в связи с финансовыми затруднениями наркомана. Тогда пациент начинает принимать другие средства, вызывающие эйфорический эффект. Обычно это наблюдается на поздних стадиях наркомании у лиц с выраженными личностными изменениями. Эта группа наркоманов начинает употреблять не только наркотические средства, но и другие вещества токсического действия, в том числе и алкоголь.

В ряде случаев наркоман полностью переходит на прием доступных для него токсических веществ, и тогда речь идет уже не о наркомании или полинаркомании, а о токсикомании или политоксикомании.

Клиническая картина полинаркоманий более тяжелая, определяется не простой суммой действия отдельных наркотиков, а результатом их взаимодействия. Личностные изменения становятся более грубыми, асоциальное поведение принимает более тяжелые и уродливые формы, чаще наблюдаются психотические расстройства с затяжным течением, нередки выраженные снижения мнестических и интеллектуальных функций.

Прогноз полинаркоманий всегда неблагоприятный, ремиссии при условии привлечения наркомана к лечению кратковременные.

Судебно-психиатрическая экспертиза наркоманий

Психические изменения при алкогольной деградации не лишают пациента способности отдавать отчет в своих действиях и руководить ими. Поэтому такие лица, совершившие правонарушение, признаются вменяемыми.

Диагностика наркоманий проводится с учетом характера и особенностей психических, соматических и неврологических расстройств. Учитываются сведения, полученные от родственников или иных лиц о регулярном употреблении подэкспертным того или иного наркотического средства, наличие на теле следов множественных уколов или рубцов от мелких абсцессов (характерны для парентерального пути введения наркотика, например морфия), быстрое возникновение абстиненции при прекращении доступа к наркотикам, выявление в анализах биологических жидкостей следов наркотических веществ или их метаболитов, установление соматических и неврологических расстройств, которые могут быть предположительно связаны с длительным употреблением наркотических препаратов.

Состояние острой интоксикации психоактивными веществами при совершении противоправного деяния необходим последовательный анализ всех имеющихся в материалах уголовного дела сведений. Это позволяет ретроспективно воссоздать поведение испытуемого в исследуемой ситуации и дать оценку его психического состояния в тот период. По данным всех свидетельских показаний, если таковые имеются, необходимо выяснить, какими были внешний вид испытуемого и особенности его поведения перед совершением инкриминируемого ему деяния в период его совершения и после него: выражение лица и глаз, цвет кожных покровов, особенности отдельных движений и поступков, внезапное изменение поведения, наличие или отсутствие речевой продукции (если она имела место, то ее особенности), характер координации движений, эмоциональные и вегетативные реакции, потеря ориентировки, мышечный тонус. Особое значение имеет поведение испытуемого после совершения правонарушения и во время его задержания, в частности, попытки скрыться с места происшествия или скрыть следы преступления, сопротивление при аресте, эмоциональная реакция на факт задержания сотрудниками милиции, особенности первого речевого контакта с окружающими после случившегося и т.д. Именно выявленные следователем при проведении следственных действий объективные данные (показания свидетелей о поведении испытуемого, его высказываниях, особенностях мимики, моторики, контакта с окружающими, данные первого допроса испытуемого, сведения об отношении подэкспертного к инкриминируемому ему деянию) зачастую оказываются единственным источником для диагностических выводов. Проведение судебно-психиатрической экспертизы по-

добного рода требует обязательного сопоставления этих данных с результатами стационарного обследования.

Наркоманы, осужденные за преступления, совершенные в состоянии вменяемости, подлежат принудительному лечению, соединенному с исполнением наказания по месту отбывания наказания.

Исходя из того, что наркомания причиняет ущерб не только психическому и соматическому состоянию человека, но и вызывает ряд социальных осложнений (имущественные, жилищные, брачно-семейные), закон предусматривает возможность ограничения дееспособности наркоманов. Над этими лицами по решению суда устанавливается попечительство. При прекращении злоупотребления наркотических средств ограничение дееспособности отменяется в судебном порядке. Кроме ограничения дееспособности, к наркоманам могут применяться такие меры, как лишение родительских прав и др. При наличии выраженных психических расстройств, изменений личности, исключающих возможность понимания значения своих действий и руководства ими, наркоман может быть признан недееспособным, с установлением над ним опеки. Все гражданские акты, совершенные наркоманами в психотическом состоянии, признаются недействительными.

ТЕМА № 5. Хронические расстройства психической деятельности человека. Шизофрения. Судебно-психиатрическая оценка

Шизофрения – одно из самых распространенных хронических психических заболеваний, характеризующееся непрерывно прогрессирующим течением и характерными изменениями личности, выражающимися в эмоциональном оскудении, снижении энергетического потенциала, утрате единства личности, потере связи с реальностью, характерными расстройствами мышления. Шизофрения означает «расщепление души».

Распространенность шизофрении – 1–2% населения во всем мире, чаще отмечается у мужчин. Среди лиц, совершивших общественно опасное деяние и признанных невменяемыми, страдают шизофренией около 50%.

Наиболее часто шизофрения развивается в молодости, однако может возникнуть и в детском, зрелом, а также позднем возрасте.

Несмотря на огромную значимость проблемы шизофрении, причины, а также механизм возникновения и развития этого заболевания до настоящего времени остаются неясными. Существуют гипотезы о происхождении шизофрении: вследствие нарушения целостности отдельных структурных частей головного мозга, наследственные факторы, изменения групп, состава крови, наличие особого «вируса» в ор-

ганизме, гормональные нарушения и т.д. Ни одна из них не получила всеобщего признания, и вопрос возникновения шизофрении до сих пор еще не снят с повестки дня.

Шизофрения отличается большим разнообразием клинических проявлений, как в начальной стадии, так и в разгаре заболевания. Различны и исходы болезни: от едва заметных изменений личности, не влияющих на трудоспособность и социальную адаптацию пациента, до глубоких изменений, приводящих к ранней инвалидности и делающих невозможным пребывание лиц, страдающих шизофренией вне стационара. Эти различия связаны с типом течения болезни, быстротой нарастания симптоматики, возрастом пациента. Так, наиболее злокачественным является течение болезни, возникшей в детском, юношеском возрасте. Более благоприятно протекают формы болезни, возникшие в зрелом возрасте.

Выделяют две основных формы шизофрении: с непрерывным и приступообразным течением.

При непрерывном течении развитие болезненного процесса может идти очень быстро и на протяжении 1–2 лет привести к явно выраженному дефекту личности.

Приступообразное течение сопровождается чередованием психических нарушений с периодами ремиссий. Под словом «ремиссия» принято понимать частичное или полное исчезновение признаков заболевания. Такое состояние может наступить в силу особых закономерностей течения заболевания (так называемая спонтанная, или «самопроизвольная» ремиссия) или в связи с терапевтическим воздействием (терапевтическая ремиссия). В ряде случаев дело ограничивается одним приступом. Причем, чередование приступов и ремиссий может быть самым различным и никаких закономерностей здесь установить не удастся.

Чем дольше длится ремиссия, тем меньше оснований опасаться в дальнейшем прогрессирования болезни.

Наличие ремиссии не всегда означает остановку процесса, так как независимо от того, как протекает заболевание – непрерывно или приступообразно – оно является хроническим.

Прогрессирующее течение заболевания приводит к развитию шизофренического дефекта, который характеризуется выраженным расщеплением мышления. Своеобразие шизофренического дефекта состоит в том, что прежний запас знаний длительное время остается относительно сохранным, не обнаруживаются грубых расстройств памяти. Если удастся на некоторое время концентрировать внимание пациента, то оказывается, что он в состоянии произвести иной раз довольно сложные счетные операции. При этом выраженная эмоциональная тупость, бездеятельность, отсутствие интересов, эмоциональная опустошенность, интеллектуальная непродуктивность делают пациента

беспомощными, неспособными к самообслуживанию, нуждающимися в постороннем уходе. В структуре конечного снижения психики при шизофрении диссоциация, т.е. расщепление, распад психических функций преобладает над их выпадением.

Комплекс общих проявлений болезни проявляется в потере пациента контактов с окружающими людьми, в нарастании замкнутости, отчужденности, утрате интереса к окружающему и какой-либо деятельности. Прогрессирует нарушения мышления в виде остановки мыслей или, наоборот, неуправляемого потока мыслей, появление так называемых эхомыслей, параллельных мыслей и т.д. Пациентам трудно постичь смысл прочитанного, они постоянно создают новые слова. При далеко зашедшей болезни речь и мысли пациента утрачивают логику, наблюдается соскальзывания мыслей и речевая разорванность.

В XIX веке, когда уход за психическими пациентами оказывался на низком уровне, большинство из них погибало от туберкулезной инфекции. Считалось даже, что туберкулез является неизбежным исходом шизофрении. В настоящее время смертность от туберкулеза при шизофрении стала незначительной, но тем не менее следует подчеркнуть восприимчивость пациентов шизофренией ко всякого рода инфекциям и соматическим заболеваниям, которые могут приводить к летальному исходу.

Трудоспособность колеблется в широком диапазоне: от полной утраты трудоспособности с необходимостью ухода за инвалидом, до полной профессиональной сохранности с возможностью профессионального, творческого роста.

При всем многообразии отдельных проявлений шизофрении существуют общие, характерные для данного заболевания психические расстройства.

У пациентов, страдающих шизофренией, в отличие от пациентов с признаками органического слабоумия, сравнительно мало поражаются отдельные, так называемые формальные способности интеллекта (внимание, наблюдательность, память, суждения). При шизофрении ослабевает главным образом ведущая и регулирующая сила интеллекта, нарушается умение пользоваться имеющимися в распоряжении средствами и сохранившимися способностями для продвижения мысли в определенном направлении.

При шизофрении внезапно наступает полная остановка течения представлений, мыслей. Это расстройство находит отражение и в речи: пациент внезапно замолкает и может начать говорить только спустя некоторое время.

Особую форму представляет насильственное мышление. Оно характеризуется тем, что в сознании, помимо желания, возникают чужие

для пациента мысли случайного содержания, насильственно вкладываемые в него кем-то посторонним.

При шизофрении встречается и такая форма расстройства мышления, которая получила название наплыва мыслей – мантизм. Это неуправляемый поток собственных мыслей, возникших независимо от желания пациента.

Характерное расстройство представляет резонерствующее мышление – глубокомысленное по форме и бедное по содержанию. Предметом рассуждения служат какие-либо незначительные факты, не заслуживающие внимания. Мышление в силу этого оказывается совершенно бесплодным. Все высказывания таких пациентов формально построены правильно, но лишены какого-либо смысла.

При символическом мышлении, которое также наблюдается при шизофрении, определенные понятия заменяются другими, понятными только самому пациенту. При символическом мышлении у пациентов, страдающих психическими заболеваниями, одно явление становится символом другого. При этом абстрактное иногда нелепо конкретизируется: например, пациент разделся догола и на вопрос, почему он это сделал, объяснил, что «нагота – это освобождение от глупых мыслей запутавшегося псевдочеловека». Иногда употребляют в речи и в письме новые, никому неизвестные, ими образованные слова – неологизмы.

В некоторых случаях мышление при шизофрении отличается рядом особенностей, которые заставляют думать о какой-то особой «кривой» логике: при отсутствии каких-либо расстройств памяти, способности счета, даже при наличии соображения и критики к большинству обычных явлений, мышление дефектно в своих основных предпосылках, вследствие чего оно является странным, непонятным, лишенным логики. Такое мышление получило название паралогичного.

Наиболее типична для шизофрении разорванность мышления. Разорванное мышление представляет сочетание логически не связанных между собой мыслей, не регулируемых, не направленных к какой-нибудь определенной цели. Степень разорванности мышления может достигнуть такого состояния, когда бросается в глаза отсутствие связи между словами, вследствие чего речь производит впечатление набора слов, «словесной крошки». Вновь возникающие представления часто совершенно неожиданны, идут как бы скачками. Часты повторения одного и того же слова или фразы – стереотипия речи, иногда переименование и бессмысленное нанизывание одного слова на другое – вербигерация.

Изменения в эмоциональной сфере играют большую роль в клинике заболевания. Эмоциям при шизофрении, даже в начальных стадиях, не хватает живости и яркости. Пациент демонстрирует эмоции, но не переживает. Нередко они характеризуются двойственностью, благодаря которой уживаются противоположные эмоции и выступают

то холодность и безразличие, то повышенная чувствительность и ранимость. Характерна неадекватность эмоциональных реакций на внешние раздражения. Безразличное отношение к событиям, которые беспокоят здорового человека, например к горю и страданиям своих близких. Вместе с тем, характерно бурное поведение по самым незначительным причинам.

Расстраиваются не только сами эмоциональные реакции, но и форма их выражения. Движения, жесты и мимика однообразны, склонные к стереотипии, неяркие, обычно не соответствуют тем переживаниям, которые в данное время можно предполагать у пациентов (парамимии). Парамимии выражаются, например, в улыбке, с которой пациенты сообщают о переживаемых ими ужасах. Вместе с явлениями психического оскудения выступает более выраженная бедность переживаний. Эти особенности в дальнейшем увеличиваются и приводят к эмоциональному опустошению с резкой картиной вялости и безразличия. Выраженные случаи болезни характеризуются тяжелым эмоциональным оскудением – эмоциональной тупостью.

Определяющее значение в структуре психики при шизофрении играет аутизм – нарушение социальных связей, потеря контакта пациента с реальностью и уход в себя, в мир внутренних переживаний. Попытки проникнуть в его внутренний мир редко заканчиваются успехом. Иногда пациенты поддерживают лишь формальный контакт, беседуя на темы, не относящиеся к их личности, но уклоняются от собеседования, если вопрос касается их здоровья, личных планов и намерений.

При шизофрении наблюдается картина как бы противоположных стремлений (амбигентность), когда пациент стоит в нерешительности, двигается из стороны в сторону, не зная, что ему сделать. Когда противоположные чувства, эмоции существуют одновременно, говорят об амбивалентности.

Типичные признаки шизофрении имеют тенденцию к нарастанию (прогредиентность). Так, например, эмоциональные расстройства, возникшие в начале заболевания (неадекватность, снижение интересов и т.п.), с течением времени приобретают характер эмоциональной тупости.

Характерные черты шизофрении вместе с другими признаками в той или иной степени проявляются в различных ее формах.

Выделяют пять форм заболевания шизофрении: простая, гебефреническая, кататоническая, параноидная и циркулярная. Выделение отдельных форм носит условный характер, так как наряду с симптомами, обуславливающими ту или иную форму, могут встречаться признаки, свойственные другим формам, и в течении болезни возможны смены синдромов.

Простая форма. Характеризуется нарастанием основных симптомов болезни: эмоциональным обеднением, выражающимся в сниже-

нии интересов, неадекватностью эмоций, эмоциональным оупением, появлением апатии, аутизма и интеллектуального дефекта. Этой формой заболевают обычно в молодом возрасте. Болезнь развивается постепенно. Пациенты становятся вялыми, безучастными, утрачивают интерес к знакомым, к работе, стремятся к уединению, большую часть времени проводят в постели, перестают следить за своей внешностью, имеют неопрятный вид. Такой пациент производит впечатление человека глубоко опустившегося, неряшливого и нерадивого. Нередко у таких пациента проявляется враждебное отношение к близким родственникам, подозрительность к окружающим.

Отмечаются определенные нарушения мышления. Пациенты испытывают затруднения при незначительном умственном напряжении. По несколько раз прочитывают одну и ту же фразу, чтобы вникнуть в ее смысл. Часто высказывают жалобы на «пустоту в голове», «отсутствии мыслей».

Явно выраженных галлюцинаций и бредовых идей у пациентов, как правило, не бывает (лишь иногда возникают психосенсорные расстройства и нестойкие бредовые идеи).

Заболевание в основном протекает непрерывно, с постепенным нарастанием клинических симптомов. Лишь изредка наблюдается оживление психической активности. Простая форма шизофрении, не давая острых и бурных картин, имеет обычно злокачественное течение, заканчиваясь нередко исходным состоянием – дефектом личности, полной потерей ее социальной значимости.

Гебефреническая (юношеская) форма. Это наиболее злокачественная форма шизофрении. Чаще встречается в юношеском возрасте. По своим проявлениям в начале заболевания похожа на простую. Такие симптомы, как эмоциональное снижение и волевые нарушения в клинической картине занимают ведущее место. В то же время в клинической картине гебефрении наряду с разорванностью мышления, вычурностью речевой продукции, выраженной неадекватностью эмоций преобладает нелепость поведения. Пациенты гримасничают, поступки их отличаются странной нелепостью, носящей порой характер шаловливости, дурашливости: с пациентами здороваются, а он, вместо того, чтобы подать руку, поворачивается спиной и поднимает ногу; во время обеда пациент сливает в одну миску первое, второе и третье блюдо и ест все это, не пользуясь ложкой.

Пациенты перестают интересоваться всем, что раньше привлекало их внимание, становятся неспособными к выполнению даже несложной работы. Иногда можно отметить нестойкие бредовые идеи величия и преследования и отдельные галлюцинаторные переживания. Такая форма шизофрении имеет неблагоприятный прогноз. Спустя сравнительно короткое время у пациентов развивается картина дефекта личности.

Параноидная форма – самая частая. В клинической картине ведущим является бред. Бред может быть любой, но для шизофрении особенно типичен бред отношения, преследования, отравления, физического воздействия, ипохондрический. При этой форме чаще, чем при других, наблюдаются галлюцинации. В первую очередь это слуховые галлюцинации, которые часто носят императивный характер. Бывают также тактильные и зрительные галлюцинации. Поведение пациентов определяется содержанием галлюцинаторных и бредовых переживаний. Поэтому такую форму шизофрении иногда называют галлюцинаторно-бредовой. Параноидная форма обычно начинается позднее, чем другие формы шизофрении, иногда в возрасте 30–40 лет, но может начаться и в юношеском возрасте.

Одним из проявлений бреда отношения является то, что пациенты считают, что все вокруг стали к ним плохо относиться. Они начинают замечать, что окружающие люди по-особому смотрят на них, насмехаются, пытаются оскорбить.

При бреде преследования пациенты постоянно видят вокруг себя врагов, подосланных лиц, шпионов и т.п. Иногда они утверждают, что существует специальная организация, которая занимается слежкой за ними.

При бреде физического воздействия пациенты утверждают, что кто-то с помощью специальных аппаратов наносит вред их здоровью. Для пациентов характерно ощущение утраты своих психических переживаний и принадлежности самому себе действий и поступков. Такие пациенты утверждают, что они живут, думают, говорят не сами по себе, а под влиянием какой-то силы извне.

Довольно часто встречается бред отравления. В этих случаях нередко пациенты считают, что им подсыпают яд в пищу, что может быть причиной отказа от еды.

При ипохондрическом бреде пациенты, например, утверждают, что их внутренние органы атрофированы, пища не усваивается, мозг ссохся и стал маленьким. В других случаях пациенты убеждены, что они больны раком, требуют операции, «обнаруживают» у себя все признаки этого заболевания. В некоторых случаях без достаточных к тому оснований возникает мысль об уродстве отдельных частей своего тела. Пациенты утверждают, например, что у них длинные зубы, волосатые уши, тонкие ноги (синдром дисморфофобии). Эти переживания сопровождаются депрессией, бредовыми идеями отношения и постепенным нарастанием характерных признаков шизофрении. Нередко пациенты скрывают от окружающих свои болезненные переживания, внешне ведут себя нормально, работают.

Болезнь приводит в конечном счете к дефекту личности. Лечится довольно успешно, особенно в раннем периоде заболевания.

Кататоническая форма. Для этой формы характерны в основном двигательные нарушения, которые проявляются в виде кататонического возбуждения или той или иной степени заторможенности (ступора), вплоть до полной обездвиженности больного.

Кататоническое возбуждение у пациента наступает внезапно, характеризуется основными признаками: движения пациентов нецеленаправлены, хаотичны, нередко носят импульсивный характер, отмечается стереотипия движений и речи, что выражается в повторении одного и того же действия, слова или фразы. В случаях речевого возбуждения, которое может не сопровождаться общим двигательным возбуждением, пациенты выкрикивают отдельные слова, фразы, которые обычно не имеют между собой никакой видимой связи, так что понять речь такого пациента трудно и даже невозможно. Пациенты иногда повторяют слова и действия окружающих (эхолалия и эхопраксия). Возбуждение пациента сменяется двигательной заторможенностью.

Степень двигательной заторможенности бывает различной, от замедленности движений, ограничении их объема, до полной обездвиженности.

При резко выраженном кататоническом ступоре пациенты неподвижны. При этом положение их головы, тела и конечностей может быть различным. То они принимают эмбриональную позу (руки и ноги максимально согнуты во всех суставах и прижаты к туловищу, голова наклонена вперед так, что подбородок касается груди), то лежат с разогнутыми конечностями. Изменить позу такого пациента обычно не удастся. В других случаях легко удастся менять позу обездвиженных пациентов, например, их поднятые руки и ноги падают как плети. Иногда обнаруживается явление, известное под названием восковой гибкости. Так, например, если подойти к такому пациенту и поднять вверх его руку или ногу, то поднятая конечность надолго застывает в этом положении. Некоторые из пациентов, находясь в постели, подолгу держат голову над подушкой так, что под головой имеется пространство (симптом «воздушной подушки»).

Отмечено, что такие пациенты на задаваемые вопросы обычно не отвечают (явления мутизма).

Одним из частых признаков этой формы шизофрении является пассивный, активный, парадоксальный негативизм. Негативизм часто является причиной отказа от еды. Продолжительность ступорозных состояний бывает различной. Они могут длиться от нескольких дней до многих лет. Кататоническая форма часто течет периодически, приступообразно. Между приступами у пациентов наблюдаются различной продолжительности светлые промежутки. Такой пациент иногда совершает импульсивные правонарушения.

Циркулярная шизофрения чаще развивается у людей среднего возраста. Клиническая картина состоит из периодически возникающих то маниакальных, то депрессивных фаз с включением галлюцинаторно-бредовых расстройств. Отмечается недостаточная эмоциональная насыщенность маниакальных и депрессивных приступов.

Шизофрения – заболевание, при котором пациенты, за редким исключением, признаются невменяемыми. В тех случаях, когда болезнь развивается в период предварительного следствия или уже в местах лишения свободы, после вынесения судом приговора, заболевшие освобождаются от отбывания наказания.

Особенности судебно-психиатрической оценки вяло текущей формы шизофрении заключаются в трудности ее распознавания из-за стертости клинических проявлений. Нарастающие изменения личности, свойственные шизофрении, у этих пациентов ошибочно расцениваются как характерологические особенности. Пациенты с этими особенностями течения дольше могут оставаться нераспознанными в местах лишения свободы и в отношении их чаще допускаются ошибки в период предварительного следствия и суда. Нарастание симптоматики может привести к общественно опасному деянию.

Опасность представляют пациенты, у которых на фоне сравнительного благополучия неожиданно возникают периоды обострения, тем более, если диагноз не установлен.

Ремиссии при шизофрении наблюдаются у пациентов с нерезко выраженными изменениями личности. В этом состоянии они также могут совершать общественно опасные действия. Определенные затруднения в таких случаях может представлять решение вопроса о вменяемости этих лиц. Длительные и стойкие ремиссии без заметных изменений личности сравнительно редки, поэтому, как правило, пациенты шизофренией и в период ремиссии признаются невменяемыми.

Поведение пациентов при совершении ими общественно опасных действий определяется ведущим клиническим синдромом в картине болезни. Наиболее опасны больные с параноидным синдромом. Под влиянием бредовых идей отношения, преследования, физического или гипнотического воздействия, пациенты могут совершать нападения, убийства.

Нередко пациенты, страдающие шизофренией, проходят судебно-психиатрическую экспертизу в связи с гражданскими делами, когда решается вопрос об их дееспособности. Гражданские акты с такими людьми расторгаются как не имеющие законной силы.

ТЕМА № 6. Хронические расстройства психической деятельности человека. Маниакально-депрессивный психоз. Судебно-психиатрическая оценка

Маниакально-депрессивный психоз – это заболевание было известно врачам еще в древности. Гиппократ рассматривал маниакальные и депрессивные состояния как самостоятельные заболевания, как манию и меланхолию. В конце прошлого века немецкий психиатр Э. Крепелин провел длительное наблюдение над пациентами, у которых отмечались маниакальные и депрессивные приступы. Было создано учение о маниакально-депрессивном психозе.

Болезнь протекает в виде повторяющихся приступов (или фаз) маниакального и депрессивного состояния. В течении и повторении этих приступов возможны различные варианты: приступы чередуются со светлыми промежутками; двухфазный вариант – светлый промежуток наступает после маниакального и депрессивного приступов, следующих один за другим; непрерывное чередование противоположных фаз без светлых промежутков.

В ряде случаев в картине болезни преобладают только депрессивные или только маниакальные фазы.

Длительность приступов и светлых промежутков различна: от нескольких дней до нескольких лет. У большинства пациентов с возрастом отмечается тенденция к удлинению приступов (особенно депрессивных) и укорочению светлых промежутков.

Такие лица возвращаются к нормальной жизни и деятельности, их поведение, работоспособность и взаимоотношения с окружающими ничем не отличаются от тех черт, которые им были свойственны до болезни.

Несмотря на тяжесть, длительность и многочисленность приступов, интеллектуального снижения и изменения личности не происходит.

Женщины болеют маниакально-депрессивным психозом в 3–5 раз чаще мужчин. Заболевание чаще начинается в 35–55 лет, но может и в молодом возрасте. Причины заболевания до настоящего времени не известны. Прогноз относительно благоприятный.

При маниакальных состояниях отмечается так называемая маниакальная триада симптомов: повышенное настроение, ускорение темпа мышления, речевое и двигательное возбуждение.

В маниакальной фазе изменения настроения проявляются в повышенном самочувствии, которое приобретают оттенок эйфории: пациенты веселы, довольны собой, чувствуют себя счастливыми. Неприятные ощущения им просто недоступны. Их физическое самочувствие превосходно, избыток энергии – постоянное явление. Возможности представляются неограниченными, а препятствий для их осу-

ществления просто нет. Чувство собственного достоинства повышено. Это картина «веселой мании». Изменения происходят сами по себе и под влиянием внешних причин. Свойственные пациентам требовательность и нетерпеливость постоянно влекут за собой столкновения с окружающими, во время которых, особенно, если пациенты противостоят, веселье сменяется раздражением, гневливостью и даже вспышками ярости. Такое состояние не бывает продолжительным. Если перейти на миролюбивый тон, или прекратить спор, то к пациентам также легко возвращается прежнее добродушное веселье.

Вместе с тем встречаются случаи, когда повышенное настроение на протяжении значительных отрезков времени сочетается с отчетливым недовольством и раздражением – так называемая «гневливая мания».

Для пациентов типична явная переоценка своих, зачастую действительно имеющихся способностей. Обычно это касается профессии, художественного творчества, физических возможностей. Значительно реже эти идеи переоценки могут смениться настоящим бредом. Характерно возникновение бреда величия различного содержания – богатства, реформаторства, высокого социального происхождения, исключительных возможностей. Чаще бред возникает у пациентов пожилого возраста.

Интеллектуальное возбуждение проявляется в резко ускоренном и облегченном течении идей и представлений, их быстрой смене. Темп мышления резко ускорен. Сочетание ассоциаций происходит преимущественно по внешним признакам. Мышление поверхностное, сочетающееся с крайней отвлекаемостью. Любое слово собеседника, присутствующих, обстановка комнаты, поведение персонала и пациентов в отделении – все вызывает моментальную реакцию пациентов. При этом замечания пациентов нередко отличаются остроумием, образностью характеристик, свидетельствующими о повышенной наблюдательности. Характерно также обострение памяти (гипермнезия) по отношению к событиям предшествующим заболеванию. Однако во время заболевания страдает закрепление в памяти событий за счет отвлекаемости внимания. При выраженном маниакальном состоянии темп мышления настолько убыстряется, что приобретает характер «скачки идей», вплоть до спутанности.

Резко повышенное настроение, убыстрение темпа мышления при маниакальных состояниях сочетаются с речевым и двигательным возбуждением. Пациенты говорят без умолку, голос становится хриплым. Фразы часто не закончены из-за выраженной отвлекаемости. При выраженной скачке идей речь производит впечатление бессвязной.

Это связано с тем, что выпадает много промежуточных звеньев. Если их удастся восстановить путем дополнительных вопросов, то оказывается, что каждое слово, как будто и не имеющее связи со всеми ос-

тальными, представляет часть вполне законченной и осмысленной фразы. Речь перемежается шутками, остротами, каламбурами, иностранными словами, цитатами.

Пациенты все время находятся в движении, им трудно усидеть на месте. В основе двигательного возбуждения пациентов всегда лежит стремление к деятельности. Прилив физических сил, оптимизм, преувеличенное представление о своих возможностях создают у маниакальных пациентов предпосылки для совершения массы «дел». Все они важны, все неотложны, все требуют одновременного и немедленного исполнения. Чаще это разбросанная деятельность, но иногда все попытки направлены на разрешение нескольких конкретных вопросов, и тогда поведение пациентов приобретает выраженный сутяжный характер. Дезорганизация дома, на работе и в иных местах создается вокруг них постоянно. Пациенты из-за своей нетерпеливости и раздражительности совершают поступки, расцениваемые окружающими как хулиганские, привлекающие к себе всеобщее внимание. Словом и делом они вмешиваются во все, затрудняя работу окружающих. Свои советы они быстро, хотя и ненадолго, забывают, а если и принимаются за что-либо сами, то вскоре, недоделав, бросают, несмотря на то, что выполнение задуманного ими требовало совсем немного времени.

Характерен внешний облик пациентов. Глаза блестят, лицо покрасневшее, при разговоре вылетают брызги слюны, образующие пенистые скопления по углам рта и даже на губах. Мимика отличается живостью, движения быстры и порывисты, жесты и позы подчеркнута выразительны. Любят ярко и броско одеваться. Пациенты совершенно не способны усидеть на месте даже в тех случаях, когда это необходимо. Во время бесед с врачом они все время меняют позу, вертятся, вскакивают с места, нередко начинают ходить и даже бегать по кабинету. Принимают пищу стоя, торопливо глотая плохо пережеванную пищу.

Резко усиливаются влечения. Аппетит обычно значительно повышен. Характерной для маниакальных состояний является повышенная сексуальность. Пациенты много говорят на эротические темы, легко вступают в связи, часто с малознакомыми или совершенно незнакомыми людьми.

В депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза отмечается следующая триада симптомов: пониженное настроение; замедление, заторможенность ассоциативных (мыслительных) процессов; речевая и двигательная заторможенность.

Пониженное настроение, достигающее по мере ухудшения состояния степени глубокой подавленности, безысходной тоски определяет весь облик, содержание сознания и поведения пациентов. Тоска сопровождается переживанием болезненного неблагополучия (неприятные опущения в груди и во всем теле, слабость, вялость, нарушение сна, рез-

кое снижение работоспособности) – витальная тоска. При выраженной депрессии пациенты испытывают гнетущую беспричинную тоску, особенно усиливающуюся по утрам, их ничто не радует, никакие события не в состоянии отвлечь их. Все прошлое и настоящее предстает в мрачном свете. Эти переживания пациентов сопровождаются характерным чувством собственной неполноценности, вины. У одних – это крайне мучительное безотчетное, неясное чувство вины, у других развиваются бредовые идеи самоуничижения, виновности, греховности.

Бред виновности. Пациенты говорят о том, что вся их прошлая жизнь представляет собой сплошную цепь ошибок и преступлений. Они причинили много горя и вреда своим родным, из-за их халатности и грубых ошибок в работе тяжело пострадали невинные лица и т.п. В основе этих высказываний лежит депрессивная переоценка прошлого с бредовым искажением действительности.

Самые незначительные поступки прошлой жизни рисуются как тяжелые преступления. У людей верующих содержание депрессивного бреда приобретает религиозный характер (идеи греховности). Бред виновности тесно переплетается с идеями самоуничижения. Пациенты считают себя плохими, ничтожными людьми. У них нет никаких способностей, они ни к чему не пригодны, они в тягость всем близким, они не имеют права на заботу медицинского персонала, не должны занимать места в стационаре.

Пациенты будучи совершенно здоровыми, симулируют, обманывают врачей, соглашаясь лечиться и находиться в больнице, в то время как у них просто не хватает силы воли заставить себя работать.

На этом фоне или самостоятельно может возникать ипохондрический бред (бред несуществующей болезни). Чаще всего пациенты говорят о наличии неизлечимого, приводящего к смерти страдания (рак, туберкулез) или болезни, считающейся в обыденной жизни позором (сифилис). Нередко ипохондрический бред сопровождается тягостными или просто болезненными ощущениями (жжения, переливания, натяжения и т.п.) – сенестопатиями. В таких случаях говорят об ипохондрически-сенестопатической депрессии.

Во время депрессивной фазы у пациентов отмечается не только болезненно искаженная переоценка своего прошлого, настоящего и будущего, но и трактовка отношения к ним окружающих. Характерными являются гармонирующие с депрессивным содержанием сознания идеи отношения. Окружающие обращают на них внимание, по их виду, голосу, взглядам ясно, что они знают об ошибках и проступках пациента, осуждают их. Иногда отмечают единичные слуховые галлюцинации также депрессивного содержания. Характерным для депрессивного состояния является проявление «чувства бесчувствия» (депрессивная деперсонализация). Пациенты жалуются на то, что они

резко изменились: стали безразличными, их не беспокоят ни радостные, ни печальные события, у них пропало чувство привязанности к близким, относятся к ним «по обязанности», «разумом понимая, что это необходимо». Мучительное чувство вины, гнетущая тоска, чувство безысходности нередко способствуют возникновению суицидальных мыслей и стремлению их реализовать.

При депрессивном состоянии особенно тягостные переживания бывают в ранние утренние часы. В это время пациенты нуждаются в самом строгом надзоре. Такие пациенты могут совершить не только самоубийство, но и расширенное самоубийство, когда пациент, по бредовым соображениям, приходит к выводу, что членам его семьи угрожают бедствия и опасности, и, чтобы избавить их от будущих страданий, убивает их, а затем совершает самоубийство. В этих случаях обычно возникает необходимость в посмертной экспертизе.

Именно при состояниях депрессии чаще всего наблюдается меланхолический раптус (меланхолический взрыв, меланхолическое буйство). Внезапно развивается двигательное возбуждение, имеющее своей целью самоизувечение или самоубийство.

Помимо преобладания депрессивного содержания мыслей, во время депрессии отмечается и значительное замедление ассоциативного (мыслительного) процесса, преобладают мысли и представления, которые связаны с депрессивным настроением и бредом. Их содержание крайне однообразно, а ход замедлен. Отдельные слова пациентам трудно связать даже в короткое предложение. Для выражения своих мыслей они не находят слов. Постоянно говорят о том, что трудно сообразить, собраться с мыслями, выразить то, что испытывают.

Эмоциональное угнетение и заторможенность мышления в типичных случаях депрессии сопровождается двигательным торможением. Пациенты большую часть времени сидят в однообразной согбенной позе или стремятся лежать в постели. Движения медленные, мимика застывшая, скорбная, речь тихая, односложная. Голос монотонный. Обычно пациенты ни о чем не спрашивают, отвечают на вопросы после длительной паузы. Двигательное торможение при тяжелой депрессии может достигать степени полной обездвиженности (депрессивный ступор). В этих случаях обычно пациенты совершенно перестают отвечать на вопросы, не реагируют на внешние раздражители. Внешне депрессивный ступор напоминает кататонический. Однако отличается от последнего отсутствием отчетливых явлений негативизма, восковой гибкости и, что особенно важно, внешним обликом пациента, проявляющимся в скорбной мимике.

Депрессивные состояния встречаются чаще, чем маниакальные.

Пациенты в состоянии маниакального возбуждения агрессивны, оскорбляют окружающих, совершают разрушительные действия и

убийства. В связи с повышенной сексуальной возбудимостью пациенты совершают развратные действия, изнасилования.

В маниакальном состоянии возможно возникновение половых перверзий (эксгибиционизм, гомосексуальные тенденции), не свойственных пациентам ранее и исчезающих вместе с приступом болезни. Маниакальные пациенты иногда попадают на экспертизу в качестве потерпевших (использование их болезненного состояния с целью изнасилования, развратных действий и др.) для установления психического заболевания. Пациенты в депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза дают меньше поводов для направления на судебно-психиатрическую экспертизу. Наибольшее значение имеют попытки расширенного самоубийства (окружающих убил, а себя не успел). На экспертизу депрессивные пациенты направляются и в связи с совершением противоправных деяний (халатность, неоказание помощи и т.п.), обусловленных общей психомоторной заторможенностью, понижением импульсов к деятельности. Вопрос о невменяемости не вызывает сомнений, когда общественно-опасное деяние совершено во время приступа.

Пациентов направляют на принудительное лечение в стационар. Если пациент к моменту экспертного обследования уже находится в светлом промежутке, целесообразно ограничиться амбулаторным наблюдением и профилактическими мерами. Обследуемые, совершившие правонарушения в светлом промежутке, признаются вменяемыми.

Экспертам приходится решать вопрос о дееспособности пациентов маниакально-депрессивным психозом. Пациенты, преимущественно в маниакальной фазе, могут совершать различные имущественные акты, обмен жилой площадью, заключать браки. Если подобные гражданские акты совершены во время приступа психоза, лица признают недееспособными, а заключенные акты расторгаются как не имеющие законной силы.

ТЕМА № 7. Хронические расстройства психической деятельности человека. Эпилепсия. Судебно-психиатрическая оценка

Эпилепсия – хроническое нервно-психическое заболевание, которое характеризуется внезапно возникающими расстройствами в виде различных судорожных припадков, а также рядом других нарушений психики.

Термин «эпилепсия» означает «схватываю», и подчеркивает наиболее бросающийся в глаза симптом болезни – припадок, который проявляется внезапной потерей сознания и непроизвольным сокращением мышц. Эпилепсию называли также болезнью Геракла, лунной или священной болезнью, черной немочью, падучей.

Эпилепсия принадлежит к числу распространенных заболеваний. На 1000 населения приходится не менее 5 человек, страдающих эпилепсией. На нашей планете в настоящее время живет свыше 20 млн. таких пациентов.

Мужчины болеют эпилепсией несколько чаще, чем женщины.

Эпилепсию бывает симптоматическая и генуинная.

При симптоматической эпилепсии имеется лишь один из основных эпилептических признаков – судорожный припадок. Эпилептический припадок при этом является одним из симптомов какого-либо соматического заболевания: травматического поражения мозга, опухоли, сифилиса, отравления и т.д. Психические же изменения менее выражены, чем при генуинной эпилепсии, либо вообще отсутствуют.

Генуинная эпилепсия – самостоятельная болезнь. Ее иногда называют также эссенциальной (первичной), идиопатической (самородной, самобытной), криптогенной (неизвестного происхождения), или истинной, настоящей эпилепсией, эпилептической болезнью.

Причины заболевания неизвестны.

В большинстве случаев (85–90%) истинная (генуинная) эпилепсия начинается в детском и подростковом возрасте, что объясняется повышенной судорожной готовностью детского мозга. Генуинная эпилепсия является длительным, прогрессирующим хроническим заболеванием. Особенности его течения и злокачественность определяются в известной степени характером припадков, их частотой и временем наступления в течение суток. Само по себе заболевание не приводит к смертельному исходу. Смерть может наступить, когда пациент во время припадка падает с высоты, тонет, попадает под машину. Опасно для жизни так называемое эпилептическое состояние (серия следующих один за другим припадков), если помощь пациенту не оказана своевременно. Заболевание может привести к развитию эпилептического характера и слабоумию.

Наиболее частой и типичной формой эпилептических приступов является развернутый судорожный («большой») припадок. Большой припадок начинается после мгновенного выключения сознания. При этом пациент падает, причиняя себе иногда тяжелые телесные повреждения, ожоги и пр., в результате чего он может погибнуть. Тут же возникает напряженное состояние мышц, находящихся в длительном сокращении. Одним из проявлений этого иногда служит характерный крик пациента, обусловленный спазмом дыхательной мускулатуры, диафрагмы и голосовой щели. Одновременно судороги охватывают почти всю мускулатуру: конечности вытягиваются или же застывают в согнутом положении, дыхание останавливается, лицо становится синюшным. Глазные яблоки закатываются, зрачки расширяются и на свет не реагируют. Наблюдается

прикусывание языка или внутренней поверхности щек и губ, изо рта может идти пена. Продолжительность таких судорог 25–30 с.

Затем развивается ритмическое сокращение мышц, которое начинается обычно судорожным вдохом, после которого изменяется окраска лица (синюшность сменяется краснотой). Во время припадка может наступить удушье, если пациент лежит лицом вниз (в луже, мусоре или уткнувшись лицом в подушку). Постепенно нарастают ритмические судорожные сокращения головы, глазных яблок, языка, верхних и нижних конечностей. Судороги прерывистого характера длятся 1,5–2 мин и заканчиваются общим расслаблением мышц.

По окончании судорожной фазы припадка у пациента обнаруживаются признаки глубокого помрачения сознания типа комы: он не реагирует на оклики, болевые раздражения.

Нередко припадок сопровождается произвольным мочеиспусканием, а иногда и дефекацией.

Коматозное состояние может непосредственно переходить в глубокий сон, продолжающийся в течение нескольких часов. Припадок амнезируется.

При некоторых формах эпилепсии могут наблюдаться серии судорожных припадков (до 100 в сутки). У этих пациентов чаще может возникнуть крайне опасный для жизни эпилептический статус: большие припадки следуют один за другим с интервалами 5–15 мин и в межприступном периоде сознание пациента не проясняется (сохраняется глубокая степень оглушенности). Если пациенту не оказывается неотложная помощь он может умереть, чаще от остановки дыхания, отека мозга, сердечно-сосудистой недостаточности.

Иногда за несколько часов и далее за сутки до припадка у пациента изменяется настроение, появляется злобная раздражительность или тоскливость, возникает головная боль, общее недомогание и пр. По этим признакам пациенты иногда предугадывают приближение припадка и нередко успевают добежать до постели, чтобы не упасть, не расшибиться. Эти так называемые отдаленные предвестники большого припадка мимолетны и мало поддаются наблюдению. Непосредственно перед возникновением судорожного синдрома отмечают разнообразные патологические явления, длящиеся несколько секунд. У разных пациентов они имеют различный характер, но повторяются у каждого больного стереотипно, в одном и том же виде. Эти явления называются аурой, что по-гречески означает «дуновение» и, в сущности, означает уже начало самого припадка.

Аура – общее название различных явлений, объединяемых по признаку внезапности наступления и кратковременности; это как бы вступление к припадку. Аура может появиться в опущении ползания мурашек, жжения или онемения в различных частях тела. Иногда пациентам кажет-

ся, что все кругом горит или залито кровью. Пациентам представляется, что форма окружающих предметов изменяется, люди принимают уродливую форму, здания наклоняются и падают. Во время ауры больные могут ощущать различные шумы, треск, пушечную пальбу. В некоторых случаях возникают сложные галлюцинаторные образы; слышится мелодия, раздаются голоса, плач ребенка, крики о помощи, угрозы. Аура может сопровождаться ощущением увеличения или уменьшения размеров собственного тела или его частей, либо ощущением неприятного зловонного запаха гнили, паленого, горелого, во рту – вкуса кислого, соленого, горького, сладкого. Аура может быть в виде сердцебиения, затруднения дыхания, неприятных ощущений под ложечкой, сопровождавшихся тошнотой и рвотой, различных сосудистых (бледность, покраснение) и желудочно-кишечных расстройств. Если после большого припадка у пациента развивается амнезия на сам припадок, то ауру больной помнит.

В противоположность большому судорожному припадку малые припадки (абсансы) проходят без судорог или с небольшими судорогами и заканчиваются через несколько секунд. Некоторые пациенты догадываются о прошедшем припадке по характерному опущению провала, напоминающему наступление обморока, другие же ничего не помнят.

Самой распространенной формой малого припадка является преходящая потеря сознания (кратковременная – продолжительностью 2–15 с) без судорог. Внешне припадок выражается в том, что пациент прерывает действие (при игре в шахматы застывает с фигурой в руке, во время ходьбы как бы оступается, неожиданно без причины останавливается, в беседе умолкает посреди фразы и т.д.). Во время малого припадка поза пациента сохраняется, при этом как бы по инерции могут продолжаться начатые действия: пациенты переходят, например, с членораздельной речи на невнятное бормотание, а во время игры на музыкальном инструменте, прерывая исполнение, продолжают перебирать клавиши. Продолжительность таких припадков обычно 2–6 с.

Могут быть абсансы с ритмичным мышечным подергиванием, либо наклоном головы, подгибанием коленей, вплоть до падения.

Психические эквиваленты припадка.

Это острые кратковременные своеобразные расстройства психики, возникающие приступообразно. Как и судорожные припадки, характеризуются внезапностью начала и конца, имеют предшественников в виде головных болей, раздражительности, расстройства сна, а иногда и ауру. Эти состояния часто возникают как бы вместо припадка, что и послужило поводом к названию их эквивалентами припадка, т.е. заменителями. Однако они могут и предшествовать припадку, и развиваться после него. Ко второй паре признаков относят дисфорию и сумеречное состояние сознания.

Наиболее часто встречающимся видом психического эквивалента являются расстройства настроения – так называемые «плохие дни». Начинаются эти расстройства внезапно, без видимого повода, и также неожиданно заканчиваются. Продолжительность этих состояний колеблется от нескольких часов до нескольких дней. Расстройство настроения характеризуется дисфорией – злобно-тоскливой раздражительностью, когда пациент не находит себе места, ничем не может заняться, становится придирчивым, по незначительному поводу вступает в пререкания и ссоры с окружающими, нередко становясь агрессивным. Эти особенности нередко являются предпосылкой к развитию у пациентов отдельных галлюцинаторно-бредовых вспышек. Во время таких вспышек пациент становится крайне подозрительным, ищет виновника своих неудач, высказывает стойкие бредовые идеи преследования, сопровождающиеся иногда проявлением агрессии.

Сумеречные состояния сознания, представляющие наибольший судебно-психиатрический интерес – самая частая форма расстройства сознания при эпилепсии, определяется дезориентировкой в месте, времени, окружающем пространстве, собственной личности (иногда личностная ориентировка частично сохраняется), сопровождается неправильным поведением. Сумеречное помрачение сознания, характеризующееся сужением поля сознания, может сопровождаться бредом, галлюцинациями, что и определяет поведение. Содержание галлюцинаторно-бредовых расстройств отражается на восприятии пациентами окружающего, их высказываниях, поступках, поведении, преобладают бредовые идеи преследования, личной и всеобщей гибели, бред величия, реформаторства, мессианства.

У пациентов отмечаются зрительные и обонятельные, реже слуховые галлюцинации. Зрительные галлюцинации чувственно яркие, нередко окрашены в красный, розовый, желтый и иные цвета; обычно это война, катастрофы, убийства, пытки, религиозно-мистические и эротические видения. Пациенты видят теснящую их толпу, наезжающий на них транспорт, обрушивающиеся здания, перемещающиеся массы воды. Из обонятельных галлюцинаций типичны запах жженого пера, дыма, гнили, мочи.

Устрашающий характер бреда и галлюцинаций сочетается с аффектом страха, ужаса, злобы, иступленной ярости, значительно реже встречаются состояние экстаза.

Двигательные расстройства в форме возбуждения могут быть целостными и последовательными, сопровождаться действиями, требующими большой ловкости и физической силы. Иногда во время сумеречных состояний наблюдаются только слуховые галлюцинации, причем пациенты могут слышать голоса в императивном тоне.

В сумеречном состоянии лица особенно опасны для окружающих. Они совершают поджоги, убийства, отличающиеся нелепой жестокостью. Сумеречное помрачение сознания длится от нескольких дней до недели и более. Как правило, сумеречные состояния амнезируются. В памяти пациента могут сохраняться лишь болезненные переживания.

К сумеречным состояниям сознания без бреда и галлюцинаций относятся амбулаторный автоматизм и сомнамбулизм.

Амбулаторный автоматизм – произвольная, внезапно возникающая на фоне изменения сознания двигательная активность, более или менее координированная и адаптированная, проявляющаяся во время или после эпилептического припадка и обычно не оставляющая никакого воспоминания. Амбулаторный автоматизм на фоне изменения сознания может представлять собой простое продолжение деятельности, совершавшейся в момент наступления припадка или, наоборот, возникать в виде двигательной активности, связанной с внезапным помрачением сознания. Обычно автоматические акты определяются обстановкой, окружающей пациента, или тем, что он испытывал во время припадка. Значительно реже поведение носит беспорядочный, примитивный, иногда асоциальный характер.

Сомнамбулизм (лунатизм, снохождение) наблюдается не только при эпилепсии, но и других заболеваниях, в первую очередь при неврозах, особенно у детей и подростков. Встав с постели во время ночного сна, больные бесцельно бродят по комнате, выходят на улицу, иногда совершают опасные для своей жизни поступки, например, забираются на крыши, пожарные лестницы и т.п. На задаваемые вопросы не отвечают, не узнают близких, внешне выглядят несколько растерянными. Обычно они сами через несколько минут ложатся и засыпают, иногда в самом неподходящем месте. Воспоминаний об эпизоде не сохраняется.

Несмотря на некоторую разницу в клинической картине, острым психическим расстройствам (психическим эквивалентам) свойственны общие черты: внезапное начало, сравнительная непродолжительность и столь же быстрое окончание, изменение сознания, неправильное поведение, как правило, полная или частичная амнезия.

У пациентов изменяется личность, развивается эгоцентризм. Собственное «Я» всегда стоит в центре внимания пациента. В высказываниях на первом плане стоит он сам, его болезнь, повседневные дела. Характерна вязкость мышления, педантизм. Несмотря на то, что пациенты, страдающие эпилепсией считают свою болезнь серьезной и охотно лечатся, вера в выздоровление их не покидает даже на отдаленных этапах болезни (эпилептический оптимизм).

У одних пациентов эти изменения личности сочетаются с повышенной раздражительностью, придирчивостью, склонностью к ссорам, вспышкам злобы, что нередко сопровождается опасными и жестокими

действиями по отношению к окружающим. У других, напротив, преобладает робость, боязливость, склонность к самоунижению, утрированная любезность, льстивость, почтительность, ласковость в обращении. Эти полярные свойства характера, как правило, сосуществуют.

Если указанные характерологические изменения частично и слабо выражены, профессиональная и жизненная адаптация сохранена, говорят об эпилептическом характере.

Эпилептическое слабоумие отчетливо проявляется в персеверативном характере мышления, застревании на мелочах, второстепенных и ненужных деталях. Говорят о вязкости и обстоятельности мышления пациентов, страдающих эпилепсией. Мышление становится формальным и конкретным, лишенным абстракций, обобщений и логических доказательств. За многословием кроется ограниченность, плохое понимание объекта мысли и самой ситуации. Эти особенности мышления находят выражение в однообразии и монотонности высказываний, речевых трафаретах, стереотипных повторениях одних и тех же фраз (стоячие обороты). Речь пациентов многословна, полна несущественных деталей при одновременном неумении выделить главное. Переход от одного круга представлений к другому затруднен. Словесный состав беден (олигофазия), часто повторяется уже сказанное (персеверация). Тягучая, медленная речь по мере нарастания слабоумия становится еще беднее, ее эмоциональный смысл и мелодии утрачиваются.

Снижается память, а также способность критически оценивать ситуацию. Ухудшается сообразительность и уменьшается запас знаний. Интересы пациента сосредоточиваются на соматических ощущениях и состоянии своего здоровья. В силу этого эпилептическое слабоумие справедливо называют концентрическим.

Эпилепсия не всегда приводит к тяжелому слабоумию и может протекать без стойких и глубоких изменений психики.

Лица, страдающие эпилепсией, признаются невменяемыми во время припадков.

Материалы уголовного дела и показания свидетелей определяют состояния обвиняемого в момент совершения им правонарушения. Необходимо оценить внешний вид пациента, его выражение лица, особенности взгляда, жесты, поведение – игнорирование ситуации, сон после совершения правонарушения, последующая амнезия, речевая продукция – стереотипные, не соответствующие обстановке высказывания, неясное бормотание или отсутствие речевой продукции и т.д., при сумеречном расстройстве сознания.

Следует иметь в виду, что для судебно-психиатрической экспертизы важно учитывать основные особенности, присущие всем вариантам сумеречных состояний сознания – внезапность их возникновения и

окончания, сравнительная кратковременность и последующая полная или частичная амнезия на период болезненного изменения сознания.

Правонарушения, совершенные в сумеречных состояниях, характеризуются безмотивностью, неожиданностью, отсутствием предосторожности, самозащиты, сокрытия следов правонарушения, пренебрежением обстановки, чрезвычайной и бессмысленной жестокостью с нанесением множества ран, с расчленением тела и т.д.

Нужно иметь в виду, что возможны такие картины сумеречных состояний, при которых развиваются явления амбулаторного автоматизма в форме внешне упорядоченных движений и действий, причем возможен известный учет окружающей обстановки. Пациенты пользуются предметами, узнают знакомые лица, иногда даже говорят с ними. Однако при этом внешне упорядоченном поведении ситуация в целом воспринимается неправильно.

В сумеречных состояниях может выявляться ранее сложившееся отношение к определенным лицам, обиды, недовольство, злоба, опасения и в связи с этим могут реализоваться ранее произносившиеся угрозы, агрессии. Судебно-психиатрическая оценка в таких случаях должна основываться на анализе всей картины в целом.

Дисфории, или немотивированные изменения настроения, могут приводить к различным правонарушениям – агрессивным, направленным против личности, к нарушениям дисциплины, дезертирству, попыткам самоубийства, поджогам и т.д. В отношении правонарушений, совершенных в состоянии дисфории, не может быть однозначного решения. Только тяжелая дисфория на фоне помраченного сознания позволяет признать таких лиц невменяемыми.

Пациенты с эпилептическим слабоумием признаются невменяемыми. При определении тяжести этих изменений нужно исходить из анализа разных сторон личности и, в частности, из расстройств мышления и эмоционально-волевой сферы. Необходимо также учитывать степень нарушенных психических функций. Снижение интеллекта и недостаточность критики к своим поступкам, отсутствие ясного понимания общественной опасности совершенных правонарушений, снижение работоспособности и квалификации, вязкость и конкретность мышления, эмоциональная взрывчатость, эгоцентризм – все это дает в совокупности основание для признания невменяемости.

Дееспособность пациентов эпилепсией выясняется на основе определения степени эпилептических изменений личности. Выраженное слабоумие, значительные эмоционально-волевые расстройства и затяжные психозы являются признаками тяжелых изменений личности, требующих признания пациентов недееспособными и нуждающимися в назначении опеки.

ТЕМА № 8. Судебно-психиатрическая характеристика расстройств психического развития. Слабоумие (врожденное)

В зависимости от причин возникновения олигофрении принято разделять на три группы: наследственно обусловленные, энзимопатическая олигофрения, олигофрении внутриутробного генеза (эмбриопатии).

Наследственно обусловленные. Развиваются в связи с неполноценностью генеративных клеток родителей.

Синдром Дауна. При этом синдроме происходит изменение числа хромосом, выражающееся в наличии лишней 47 хромосомы (нормальное число 46).

Интеллектуальная недостаточность при болезни Дауна в большинстве случаев выражена имбецильностью, реже достигает идиотии и совсем редко – дебильности.

Характерен внешний вид таких пациентов: косой разрез глаз, с кожной складкой во внутреннем углу (третье веко, эпикант), наличие участков депигментации на периферии радужки, круглое широкое лицо с румянцем на щеках, маленький нос и маленькая верхняя челюсть. Язык, верхняя губа – увеличены. Зубы редкие, мелкие, рот небольшой, открыт, возможно слюнотечение. Голова маленькая, затылок уплощен. Пальцы кисти толстые и короткие. Наряду с этими признаками, отмечаются уродства развития со стороны внутренних органов.

Истинная микроцефалия (малоголовость). В основе этой формы лежит недоразвитие головного мозга, в первую очередь, больших полушарий. Особенно недоразвиты лобные доли.

Малоумие чаще проявляется идиотией, при которой относительно удовлетворительно может быть развита эмоциональная сфера.

Энзимопатическая олигофрения. Заболевание обусловлено врожденными нарушениями обмена веществ, наследственная ферментативная недостаточность (энзимопатия).

Фенилкетонурия. В основе – нарушение переработки фенилаланина в тирозин, в результате чего происходит избыточное накопление фенилаланина, с образованием избытка продуктов его метаболизма – фенилпировиноградная, фенилмасляная, фенилуксусная кислоты.

Назначение длительной (3–4 года) специальной диеты, не содержащей фенилаланина, с первых месяцев жизни таким детям, предупреждает развитие интеллектуальной недостаточности.

Олигофрении внутриутробного генеза (эмбриопатии). Возникают в результате внутриутробного действия на зародыш и плод различных вредных факторов (вирусные заболевания, токсоплазмоз, интоксикации), уродства развития головного мозга, возникающие в ранние периоды внутриутробного развития и т.д.

Эмбриопатии развиваются при заболеваниях матери вирусными инфекциями: коревой краснухой, гриппом, эпидемическим паротитом, гепатитом и др.

Рубеолярная эмбриопатия – наиболее распространенная форма. Умственное недоразвитие резко выражено и проявляется идиотией, иногда имбецильностью.

К этой же группе олигофрений относят формы, обусловленные токсоплазмозом матери. В случаях раннего заражения, зародыш погибает, при позднем возникает олигофрения.

Олигофрения развивается при гемолитической болезни новорожденных (резус-конфликт), при несовместимости антигенных свойств матери и плода. При этом олигофрения может быть выражена в различной степени – от дебильности до идиотии. При рождении ребенка необходимо немедленное обменное переливание крови для снятия токсикоза.

Олигофрении вследствие действия постнатальных факторов. Вызываются асфиксией и родовой травмой, ранними черепно-мозговыми травмами и инфекциями, поражающими нервную систему.

Психические расстройства при олигофрениях. Характерным является недоразвитие психики в целом, с преимущественным поражением интеллектуальных функций.

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

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

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

В эмоциональной сфере преобладают низшие эмоции, аффекты недифференцированные и несовершенны.

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

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

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

Идиотия – наиболее тяжелая степень, когда невозможно даже развитие навыков самообслуживания. Обычно резко выражено физическое недоразвитие: не умеют ходить, ползают по полу, сидят в по-

стели и ритмично раскачиваются, хлопают в ладоши, бьют себя кулаками. Речь неразвита, примитивна, способны издавать малопонятные, звуки, не понимают речь окружающих, раздражители не привлекают их внимания, взор блуждающий, не следят за движущимися объектами, не откликаются на зов. Отмечается реакция только на сильные болевые раздражители.

Высшие психические функции у таких лиц практически отсутствуют. Эмоциональное отношение к неприятным раздражениям выражают рычанием, взвизгиванием, часто наносят себе повреждения, царапают себя, бьются головой, наблюдаются импульсивные поступки и агрессия.

Пациентов, страдающие идиотией, чувство голода может вызывать вспышки ярости. Преобладает низшее инстинктивное существование. Такие пациенты не отличают съедобные продукты от несъедобного, употребляют траву, листья, камни, экскременты.

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

Если идиотия менее выражена, то пациенты обладают элементарной речью, небольшим запасом слов (до 20). Они понимают отдельные просьбы и приказания других, проявляют привязанность к ухаживающему за ними человеку, узнают близких, соблюдают примитивные гигиенические правила и достигают зрелого возраста. Несмотря на это идиоты практически неспособны к самообслуживанию, нуждаются в постоянном надзоре, помощи и уходе.

По своим физическим и психическим возможностям такие пациенты практически не в состоянии совершать общественно-опасных действий. При этом они сами могут являться жертвами преступлений (например, изнасилование).

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

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

Пациенты проявляют изолированные способности: великолепно запоминают музыкальные мелодии, отдельные факты, цифры. Память носит механический характер.

В специальных школах дети обучаются чтению, письму, простому счету, усваивают элементарные житейские навыки, осваивают простую механическую работу, хотя выполняют ее под наблюдением (пастух, садовник). Сложные арифметические действия даются им с трудом.

Бывают хвастливы, назойливы, упрямы, самодовольны, лживы. Служат предметом насмешек, забавы сверстников и окружающих.

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

Дебильность – наиболее легкая степень умственного недоразвития. У них отсутствуют грубые изменения в физическом строении тела и черепа, как у идиотов и имбецилов. Движения неловкие, угловатые. Мышление элементарно, абстрактные обобщения затруднены. Преобладает конкретно-образный тип мышления. Память преимущественно механического характера.

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

Судебно-психиатрическое значение имеют волевые дефекты дебилов. Они, как и имбецилы, повышено внушаемы, склонны к подражанию, что в отдельных случаях используется другими лицами в противоправных целях. В отличие от здоровых людей нуждаются в поддержке близкого человека. Несмотря на кажущееся добродушие, иногда совершают тяжкие преступления. Примитивные аффективные реакции при психотравмирующей ситуации у имбецилов проявляются в виде срыва и возникают по незначительному поводу.

По особенностям внешних проявлений и поведению олигофренов выделяют два типа:

- гипердинамический тип характеризуется возбудимостью, подвижностью, раздражительностью, расторможенностью, повышением сексуального и пищевого влечений;

- гиподинамический тип проявляется вялостью, безразличием, апатией, медлительностью.

Пациенты, страдающие олигофренией с гипердинамическим типом часто возбудимы и представляют выраженную общественную опасность и обычно нуждаются в длительном, принудительном лечении.

Правонарушения пациентов, страдающих олигофренией с гиподинамическим типом, чаще являются следствием их беспомощности, растерянности, возникающих в затруднительной для них ситуации. Они не представляют значительной общественной опасности, и нуждаются не столько в лечении, сколько в уходе.

Общественно опасные действия лиц, страдающих олигофренией, диктуются насущными потребностями или ничем не сдерживаемыми влечениями. Иногда правонарушение совершается в состоянии яро-

сти, гнева и других аффектов, которые они не в состоянии преодолеть в связи с ослаблением тормозных процессов.

Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, страдающих идиотией и дебильностью не вызывает затруднений, они как правило признаются невменяемыми. При экспертизе пациентов, страдающих дебильностью, учитываются данные клинического обследования в условиях стационара. Основным критерий – мог ли испытуемый по умственным способностям достаточно правильно осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, способен ли он был противостоять своим влечениям.

Пациенты с олигофренией, с неглубоким умственным дефектом могут быть допрошены в качестве свидетелей или потерпевших. При глубокой степени олигофрении лицо, не способное правильно ориентироваться в ситуации, последовательно восстановить события и правдиво сообщить о них, не может давать показания по делу, а данные им ранее показания не считаются источником доказательств. Такие лица проявляют склонность к оговорам и самооговорам, что является результатом повышенной внушаемости, испугом, растерянностью.

В гражданском процессе лица, страдающие идиотией, имбецильностью, дебильностью с глубокой степенью умственной отсталости признаются недееспособными, они не вправе оформлять браки (оформленный брак расторгается), лишаются родительских прав, гражданские сделки с их участием признаются недействительными.

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

ТЕМА № 9. Слабоумие (приобретенная умственная отсталость). Болезнь Альцгеймера. Болезнь Пика. Старческое слабоумие

Старение организма сопровождается изменением как биологических, так и психических функций. Однако характер этих изменений и время их проявления имеют индивидуальные особенности и колеблются в широких пределах.

Соматические проявления у стареющих людей изменяются неоднозначно. Незначительность или даже отсутствие возрастных изменений в одних системах организма может сочетаться с выраженностью таких изменений в других. Так, например, при выраженных возрастных изменениях со стороны двигательного аппарата сосудистые нарушения, связанные с возрастом, могут быть незначительными. Однако чаще всего возрастные изменения проявляются во всех функциональных системах организма.

Изменение психического функционирования в связи с возрастом может проявляться избирательно и в различные возрастные периоды. Так, сравнительно рано начинает ослабевать у человека способность воображения – его яркость, образность, ухудшается также подвижность психических процессов, возможность быстрого переключения внимания. Несколько позже ухудшается усвоение новых знаний. Возникают трудности в воспроизведении нужных в данный момент сведений (элективное расстройство памяти). Однако спустя какое-то время эти данные, сведения вспоминаются. Свойственное личности качество интеллектуальных процессов сохраняется довольно долго. Но в связи с замедлением темпа течения психических процессов решение тех или иных задач требует больше времени.

Эмоциональные проявления с возрастом также видоизменяются. Развивается эмоциональная неустойчивость, тревога. Возникает склонность к фиксации на неприятных переживаниях, тревожно-депрессивная окраска настроения. Время появления возрастных изменений психики относительно индивидуально. Вместе с тем выделяются определенные периоды жизни индивидуума, в которых наблюдается появление этих возрастных изменений. Один из них возрастной – календарный, другой – время наступления гормонально-физиологических изменений в организме. Возраст, который обычно считается началом возникновения психических изменений, связанных с инволюцией, составляет 50–60 лет. Психические расстройства у лиц пожилого и старческого возрастов могут проявляться как в форме пограничных психических расстройств, так и в виде выраженных расстройств психики – грубые расстройства памяти, слабоумие, бред и т.д.

Неврозоподобные нарушения проявляются в виде нарушения сна, различных неприятных ощущений в теле, эмоционально-неустойчивого настроения, раздражительности, безотчетной тревоги и опасений за благополучие близких, свое здоровье и т.д. Случаи физического недомогания, соматическое неблагополучие часто наводят на мысль о наличии какого-либо неизлечимого заболевания. Происходящие изменения личности пациента захватывают как характерологические, так и интеллектуальные свойства. Недоверчивость переходит в подозрительность, бережливость – в скупость, настойчивость – в упрямство и т.д. Интеллектуальные процессы утрачивают свою яркость, ассоциации становятся бедными, снижается уровень обобщения понятий. Осмысление новых событий и явлений требует большого напряжения и времени. Новая информация или вообще не усваивается, или усваивается с трудом. Прежде всего нарушается память на текущие события. С трудом, например, вспоминаются события прошедшего дня. Происходит также и снижение критики – возможность правильно оценивать свое психическое состояние и происходящие изменения.

Изменениями в клинической картине: ослабление памяти, от легких расстройств до амнестического (корсаковского) синдрома, ухудшение интеллектуальных способностей вплоть до слабоумия, нарушение эмоций – слабодушие, слезливость, апатия и т.д.

Тяжелые психические расстройства, связаны с дегенеративными и атрофическими изменениями головного мозга и изменениями в функционировании других систем организма.

Все эти изменения сопровождаются типичными психическими расстройствами, получившими название болезней Альцгеймера, Пика (по имени психиатров, впервые их описавших), старческого слабоумия и т.д.

Болезнь Альцгеймера. Заболеванию чаще развивается постепенно, средний возраст пациентов, когда они заболевают 55–60 лет. Женщины заболевают в три и более раза чаще, чем мужчины. Типичны прогрессирующая амнезия и тотальное слабоумие. В инициальном периоде болезни часто наблюдаются слезливо-раздражительные депрессии, параллельно с этим отмечается быстро нарастающее ухудшение памяти, близкое к прогрессирующей амнезии. После появления первых признаков болезни развивается дезориентировка в пространстве. Особенностью болезни Альцгеймера является критическое отношение к своему состоянию в отличие от страдающих болезнью Пика. С развитием болезни прогрессирует слабоумие (тотальное). Поведение становится нелепым, они утрачивают все бытовые навыки, движения их часто совершенно бессмысленны. Рано проявляются речевые расстройства, афазии, эпилептиформные припадки, спастические контрактуры и т.д. Нередко наблюдаются психические расстройства в виде несистематизированных идей преследования, ущерба, отравления, слуховые и зрительные галлюцинации, состояние спутанности и психомоторного возбуждения, усиливающееся, как правило, в ночное и вечернее время, а также эпизоды расстроенного сознания. По мере развития атрофического процесса в головном мозге к нарастающим психическим и неврологическим расстройствам присоединяются и трофические. Продолжительность заболевания варьирует в пределах от нескольких месяцев до 10 лет. Прогноз этого заболевания неблагоприятный.

Болезнь Пика. Это заболевание возникает обычно у людей в возрасте 50–60 лет, встречается в четыре раза реже, чем болезнь Альцгеймера. Наблюдается прогрессирующее расстройство личности: развивается аспонтанность, равнодушие, безразличие. Пациенты ничего не делают по собственной инициативе, однако при наличии побуждающего стимула со стороны могут выполнять даже сложную работу. Иногда состояние приобретает псевдопаралитический характер и выражается благодушно-эйфорическим настроением с элементами расторможенности влечений. Отмечаются грубые расстройства памяти: забывают события прошедшего дня, текущие события, не узнают знакомых лиц, встречая их в непривыч-

ной обстановке. Критическое отношение к своему состоянию отсутствует, и, хотя больные огорчаются, когда убеждаются в своей несостоятельности, такая реакция кратковременна. Обычно настроение ровное, благодушное. Отмечаются грубые нарушения мышления (тотальное слабоумие). Они не замечают явных противоречий в своих суждениях и оценках. Так, пациенты планируют свои дела, не учитывая при этом собственную несостоятельность. Не понимают смыслового значения тех или иных событий, ситуаций. Грубые нарушения осмысления легко выявляются при психологических обследованиях. Пациенты в состоянии передать смысл сюжетных изображений и ограничиваются лишь простым перечислением компонентов. Для лиц с болезнью Пика типичны так называемые стоячие симптомы – многократные повторения одних и тех же речевых оборотов. По мере развития болезни появляются и неврологические расстройства: агнозия, расстройство речи, апраксия и т.д.

Старческое слабоумие. При старческом слабоумии, как видно из названия, ведущее значение принадлежит тотальному слабоумию в сочетании с особыми мнестическими и интеллектуальными нарушениями. Болезнь начинается, как правило, незаметно. Постепенно меняется облик пациента, наблюдается эмоциональное оскудение с раздражительностью и ворчливостью, резкое снижение круга интересов, настороженность, упрямство наряду с внушаемостью и доверчивостью. Наиболее яркими признаками заболевания, определяющими его клиническую картину, являются прогрессирующие расстройства памяти и слабоумие (тотальное). Формируются также бредовые идеи ограбления, обнищания и разорения. Память ухудшается прежде всего на текущие события, затем мнестические расстройства распространяются и на более ранние периоды жизни. Образовавшиеся пробелы памяти заполняют ложными воспоминаниями. Эмоциональные проявления резко сужаются и изменяются, наблюдаются либо благодушные, либо угрюмо-раздражительное настроение. Отмечается диссонанс между нарушенной возможностью понимания ситуации и достаточной сохранностью привычных форм поведения и навыков, невозможность правильной оценки ситуации и обстановки в целом. В поведении отмечаются пассивность и инертность, пациенты ничем не могут заняться или, напротив, суетливы, собирают вещи, пытаются куда-то уйти. Утрачивается критика и способность адекватного понимания окружающего, текущих событий, отсутствует понимание болезненности своего состояния. Нередко поведение характеризуется расторможенностью инстинктов – повышенным аппетитом и гиперсексуальностью. Сексуальная расторможенность проявляется в идеях ревности, в попытках совершения развратных сексуальных действий в отношении малолетних.

От проявлений старческого слабоумия следует отличать состояния, определяемые понятием «снижение уровня личности», выражающиеся общим снижением темпа течения психических процессов,

значительной трудностью в усвоении нового, ухудшением уровня суждения, критики, обеднением эмоциональной жизни.

У пациентов, страдающих болезнью Альцгеймера – дегенеративные изменения развиваются в височно-теменной и лобной коре, гиппокампе и некоторых подкорковых узлах, при болезни Пика отмечается атрофия коры, преимущественно в лобно-теменных отделах.

Сложность диагностики может возникнуть на начальном этапе при их отграничении от атеросклероза головного мозга.

В данном случае важным критерием отграничения служит тип изменения личности и, в частности, особенности расстройства интеллекта: в первом случае – различной степени снижение критики в оценке своего состояния, своих действий (тотальное слабоумие), во втором – преимущественно нарушение памяти с пониманием дефектов своего состояния и характера поступков (лакунарное слабоумие). Такое диагностическое разграничение важно для прогноза болезни.

Дифференциальная диагностика этих психотических состояний основывается на следующих предпосылках: возраст больного в период возникновения заболевания, наличие церебральной патологии, наличие временной связи между провоцирующими факторами и психотическими состояниями, прекращение психотических расстройств, улучшение психического состояния после устранения предполагаемой причины.

Судебно-психиатрическая экспертиза больных с психическими расстройствами в предстарческом и старческом возрасте

В связи с наличием грубых психических расстройств лица пожилого возраста могут совершать социально опасные действия, поступки, а также утратить возможность полноценно выполнять гражданские обязанности и пользоваться своими гражданскими правами.

В тех случаях, когда эти лица совершают уголовно наказуемые деяния или возникают сомнения в разумности их действий, поступков, относящихся к гражданским делам, проводится судебно-психиатрическая экспертиза. В первом случае решается вопрос об их вменяемости, а во втором – о дееспособности, т.е. о возможности разумно вести гражданские дела и пользоваться правами.

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

ТЕМА № 10. Психопатии. Судебно-психиатрическая оценка

Психопатия – стойкая аномалия личности, характеризующаяся нарушением эмоционально-волевой сферы и своеобразным, преимущественно аффективным мышлением. Психопатические особенности начинают проявляться уже в детском, подростковом и юношеском

возрасте, сохраняясь в течение всей жизни. Они определяют структуру личности психопата и препятствуют полноценному приспособлению такого лица к окружающей среде, затрудняя адаптацию и определяя поведение. Формирование психопатий заканчивается к концу пубертатного периода.

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

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

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

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

Возбудимая психопатия встречается наиболее часто. Ее отличительные признаки – повышенная раздражительность, колебания настроения, преобладание аффективности, злобности, взрывов гнева в поведении, проявление агрессии по отношению к окружающим. Нередко психопаты в состоянии раздражения ломают вещи, бьют посуду, рвут одежду, наносят самоповреждения. Они недовольны всем, нетерпимы к чужому мнению, не выносят возражений, склонны к переоценке своих способностей, мелочной придирчивости, обидчивости, злопамятности, мнительности. У некоторых вырабатывается непреодолимое упрямство, поза «борца за справедливость». Они не уживаются в коллективах, часто меняют место работы.

По выраженности отдельных черт личности можно выделить различные варианты возбудимой психопатии. В одних случаях преобладают epileptoидные черты (льстивость, аккуратность, педантизм, ханжество, злопамятность, жестокость). В других – истерические (театральность, фантазии, эмоциональная несдержанность и т.д.).

Аффективные взрывы у возбудимых психопатов быстро возникают и также быстро проходят. Обычно эти психопаты неуживчивы с окружающими, подозрительны и насторожены, придирчивы и деспотичны в семье. Для них характерны резкие колебания настроения с аффективной напряженностью, приступы дисфории. Часто они обнаруживают влечение к асоциальному поведению, пристрастие к алкоголю и наркотикам.

Возбудимые психопаты, несмотря на кажущуюся неспособность сдерживать себя в состоянии возбуждения, в основном все же признаются вменяемыми, так как их поведение является следствием неблагоприятного воспитания, вседозволенности и результатом убежденности в безнаказанности.

Истерическая психопатия также встречается довольно часто. Такие лица живут яркой и выразительной эмоциональной жизнью. Характерен эгоцентризм, стараются привлечь к себе внимание внешностью, яркой и сверхмодной одеждой, оригинальными, но поверхностными суждениями. Их поведение демонстративно, театрально, лишено простоты и естественности. Такой психопат может обладать, однако, хорошим интеллектом и проявлять способности в какой-либо отрасли знаний и искусства.

Под влиянием смены чувств возможен быстрый переход к совершенно противоположным суждениям, отмечается склонность к хвастовству, лживости, вымыслам о мнимых успехах, необычных похождениях, любят фантазировать. Измышления и фантазии они излагают очень убедительно, не вызывая у окружающих никаких сомнений в их достоверности. Степень эмоциональных переживаний истерических психопатов во время таких рассказов настолько велика, что нередко они сами начинают верить в их реальность. Истерические психопаты кокетливы, сентиментальны и сексуальны.

Психопаты истерического круга впечатлительны и легко внушаемы, особенно самовнушаемы. К систематической и напряженной работе они часто не способны, почти всегда не удовлетворены своим положением в семье, коллективе и обществе. Считают, что неудачи их зависят от других и меньше всего в этом винят себя. Свойственные истерическим личностям психическая незрелость, инфантилизм, неспособность к длительному волевому напряжению часто не дают им возможности добиться реализации своих планов. Их чувства поверхностны, неустойчивы, эмоциональные реакции неадекватны, преобладают колебания настроения. Истерическим психопатическим личностям свойствен «художественный тип мышления». Их суждения противоречивы. Эти лица стремятся быть в центре внимания, слыть оригинальными, всеми способами вызывают интерес к собственной персоне. Они склонны к авантюризму и легкомысленности.

При неблагоприятных ситуациях у них могут возникать истеро-невротические срывы в виде бурных аффективных реакций с рыданием, криками, нанесением себе повреждений или агрессией в отношении окружающих. Характерны истерические параличи. Пациенты неспособны передвигаться (сидеть, стоять). У таких пациентов возникает нарушение речи, потеря голоса, заикание, снижение зрения, слуха, подергивания головы, отдельных мышц лица, туловища, расстройство чувствительности кожи (анестезии по типу «перчаток», «носов», «чулок»), учащенное сердцебиение, рвота, жидкий стул. Нарушения носят функциональный характер, не являются следствием органического поражения и легко дифференцируются от неврологической патологии. Подобного рода состояния имеют иногда упорный длительный характер («бегство в болезнь»).

У психопатов-истериков наблюдаются припадки, внешне сходные с эпилептическими, но отличающиеся тем, что возникают в связи с волнующим их поводом, длятся долго, проявляются не столько в судорогах, сколько в беспорядочных движениях и действиях. В состоянии истерического припадка пациенты рвут на себе одежду, кричат, мечутся из стороны в сторону или катаются по полу. При истерическом припадке не бывает непроизвольного мочеиспускания, выделения пены изо рта, прикусывания языка. Повреждений себе они, как правило, не причиняют. При энергичном воздействии каким-либо способом (приказание, укол иглой, вдыхание раствора нашатырного спирта) припадок может прекратиться. Прекращению припадка может способствовать и уход «зрителей», от реакции которых картина истерического припадка (в отличие от эпилептического) очень зависима.

В крайне редких случаях под влиянием волнений у психопатов истерического круга наступает состояние «мнимой смерти» (летаргия), проявляющееся угнетением всех жизненных функций до такой степени, что с трудом удается уловить деятельность сердца и дыхания. Это состояние следует отграничивать от клинических проявлений ступора или даже комы при других заболеваниях, например инфекционных поражений мозга (энцефалитах), шизофрении (кататонических состояниях) и т.д.

В судебно-психиатрической экспертной практике истерические психопаты встречаются часто. Их преступления нередко необычны и носят характер неожиданной агрессии, сопровождающейся внешне немотивированными и импульсивными действиями. Однако внимательное наблюдение позволяет установить связь этих импульсивных действий с различными внешними факторами. Даже на высоте аффективного разряда у истерических психопатов сохраняется способность контроля над своим поведением, учет ситуации, возможность руководить своими действиями.

Истерические личности склонны к фантазированию, могут рассказывать совершенно неправдоподобные истории и приписывать себе не совершенные ими преступления.

Паранойяльная психопатия относится к сложной и своеобразной форме, характерной особенностью которой является недоверчивость, подозрительность, склонность к образованию сверхценных идей, оказывающих влияние на все их поведение. Такого рода доминирующие идеи заполняют сознание психопата, который не способен переключаться на другие переживания. Охваченный такими идеями субъект убежден в своей правоте, не обращает внимания на разумные доводы и возражения, переубедить его бывает очень трудно.

Паранойяльные психопаты отличаются эмоциональной вязкостью, односторонними увлечениями, упрямством, прямолинейностью, повышенным самомнением, переоценкой своих возможностей и значимости в обществе. Такие лица склонны к лидерству, себя считают борцами за справедливость. Упорно и настойчиво работают над мало-существенными изобретениями, которые, по их мнению, имеют особенно большую ценность. Они эгоистичны, бескомпромиссны, безапелляционны, неуживчивы и агрессивны, упрямы и настойчивы, обидчивы и злопамятны. С подозрением относятся к окружающим, нетерпимы к чужому мнению, обороняясь, всегда переходят в нападение, проявляя при этом большую находчивость и ни перед чем не останавливаясь, чтобы исполнить принятое решение.

Сверхценные идеи паранойяльных психопатов лежат в основе их сутяжного поведения. Убеждение такого психопата в том, что к нему «несправедливы», ведет к активным действиям по восстановлению якобы его ущемленных прав. Обычно сутяжное поведение начинается после конфликта, в котором он в какой-либо степени является несправедливо пострадавшим. После неудачной попытки восстановить «права» паранойяльный психопат (сутяжник) начинает бесконечные конфликты и подает жалобы во все инстанции, упорно добивается наказания «виновных». Круг лиц, к которым сутяжник предъявляет претензии, постепенно расширяется, в число «врагов» и «недоброжелателей» включаются работники следствия, суда, прокуратуры, эксперты, которые якобы «перешли» на сторону его противников. В своих домогательствах и реализации своей правды паранойяльный психопат нередко доходит до агрессии по отношению к воображаемым врагам.

В борьбе за ущемленные «права» психопаты умело отыскивают сторонников, убеждают многих в своей бескорыстности и правоте. Некоторые из них обнаруживают сильные волевые качества, настойчивость и инициативу. Все это сочетается у них с крайней конкретностью, узостью мышления, наивностью и поверхностными представлениями, трафаретностью суждений и высказываний.

Неустойчивая психопатия проявляется непостоянством интересов и частыми колебаниями настроения, переходящего из одной крайности в другую. Это реактивно-лабильные психопаты. Они слабовольны, слабохарактерны, не имеют собственных принципов, подвержены чужому влиянию, внушаемы и самовнушаемы, ленивы и неаккуратны. У них нет интересов, привязанностей, друзей. В то же время они не выносят одиночества, любят бывать в коллективе и различных компаниях. Свои поступки считают правильными, часто обманывают окружающих и зачастую сами верят в свою ложь. Легко раскаиваются в своих неблагоприятных действиях, искренне сожалеют об этом и просят прощения. Однако вскоре забывают об этом и вновь повторяют прежние поступки. Их раздражительность и обидчивость нестойки, они готовы всех прощать. В деловых отношениях такие лица не способны к прогнозированию своих поступков. Они нередко бесцельно меняют образ жизни, специальность, разъезжают с места на место, легко попадают в асоциальные компании, спиваются или становятся наркоманами. Неустойчивые психопаты требуют за собой постоянного контроля. Характерны беспричинные смены настроения, хотя поводы для этого могут быть незначительны. При этом возникает тоскливое угнетение или гневная раздражительность, которая является основной чертой таких психопатов. Порог выносимости у них очень невысок. Длительность аффекта оказывается адекватной вызвавшему его фактору. Неустойчивые психопаты ввиду склонности их к расстройствам настроения и приступам депрессии в большей степени представляют опасность для самих себя, чем для окружающих. Они склонны к самоубийству и самоповреждениям, особенно в условиях учреждений уголовно-исполнительной системы. Дисфорические нарушения у таких психопатов периодически повторяются и длятся более или менее продолжительное время, что создает впечатление некоторой цикличности. Поэтому дисфории психопатов по течению иногда похожи внешне на циркуляторные формы психозов.

При наличии частых и глубоких смен настроения описываемые психопаты в редких случаях могут быть признаны невменяемыми. Они внушаемы, легко попадают под влияние других, увлекаются азартными играми, охотно приобщаются к наркотикам. Некоторые обладают хорошими способностями, но из-за неустойчивости интересов не находят им применения, легко переключаются с одной работы на другую, не имеют постоянных привязанностей.

Астеническая психопатия развивается у субъектов, которые обладают слабой нервной системой, с низкой работоспособностью и значительной истощаемостью нервных процессов. По характеру астенические психопаты вялы, беспомощны, инертны, мнительны, педантичны, чувствительны к замечаниям, постоянно сомневаются в правильности своих действий, способностях. Под влиянием чувства соб-

ственной неполноценности они нередко высказывают мысли о самоубийстве. Будучи застенчивыми и нерешительными, все же иногда они дают срывы в виде агрессии. Настроение большей частью подавленное, тоскливое.

Психастеническая форма является разновидностью астенической психопатии. Психастенические психопаты проявляют тревожно-мнительный характер, нерешительны, застенчивы, пугливы, с боязнью относятся ко всему новому, охвачены постоянными сомнениями, не уверены в себе, им присуще чувство неполноценности. У них отмечают особую склонность к самоанализу и самоконтролю, навязчивым мыслям. Своей аккуратностью, чрезмерной добросовестностью и озабоченностью результатами деятельности (профессиональной, трудовой, бытовой и т.д.) они «терроризируют» окружающих. Склонны к фантазированию и мечтательности.

Сексуальная психопатия. Нарушения сексуального влечения, которые наблюдаются у психопатов, явились поводом для выделения специальной группы, так называемых сексуальных психопатий. Гомосексуализм, педофилия, содомия, некрофилия, фетишизм, эксгибиционизм, садизм, мазохизм и другие сексуальные извращения наблюдаются не только у психопатов, но и у пациентов, страдающих психическими заболеваниями (при эпилепсии, шизофрении, инволюционных психозах, прогрессивном параличе, старческом слабоумии), а также у здоровых лиц.

Половые извращения, в том числе и садистические акты, не являются показателями психического заболевания и развиваются чаще всего под влиянием раннего пробуждения сексуальности в связи с воздействием неблагоприятных внешних условий (случайные наблюдения над сексуальными взаимоотношениями взрослых, чтение соответствующей литературы и др.).

Психопаты способны осознавать фактический характер своих действий, их общественную опасность и правильно руководить ими. Поэтому, как правило, они признаются вменяемыми.

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

При разрешении вопроса о вменяемости особая осторожность необходима в отношении психопатов примитивного склада с проявлением фанатизма и суеверия. Поскольку эти проявления имеют психологический, а не психопатологический характер и обусловлены не болезнью, а

средой, воспитанием, культурным уровнем, то нет оснований признавать таких лиц психически не здоровыми, а, следовательно, и неменяемыми. Редко неменяемыми признаются психопаты-фантазеры с резко выраженной психической незрелостью и инфантилизмом.

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

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

Неменяемые психопаты подлежат принудительному содержанию и лечению в психиатрических учреждениях. Возбудимые и паранойяльные психопаты также нуждаются в принудительном лечении. Некоторые астенические психопаты находятся под наблюдением семьи и психиатра, так как в силу их инертности, снижения активности и чувства собственной неполноценности они не представляют общественной опасности.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Патологическое просоночное состояние проявляется в нарушении сознания в период болезненного пробуждения от глубокого физиологического сна, который сопровождается яркими (часто кошмарными) сновидениями, когда и может быть совершено общественно опасное деяние. Механизм болезненного просоночного состояния сводится к тому, что пробуждение от глубокого сна наступает медленно и от сонного торможения раньше освобождается двигательная сфера. Поэтому такой субъект может передвигаться и совершать ряд моторных актов, в том числе и агрессивные действия, в то время как

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

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

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

Реакция «короткого замыкания» возникает в результате длительно существующего, интенсивного напряжения в форме тоски или отчаяния, нередко сочетающегося с тревожным ожиданием. При этом состоянии в сознании такого лица доминируют представления, связанные с господствующим аффектом. Совершение противоправного деяния, которое до этого не предполагалось, определяется мгновенно сложившейся, зачас-

тую случайной ситуацией. Клиническая картина данного психического расстройства определяется нарушенным сознанием с автоматическими действиями или выраженными, не соответствующими поводу, аффективными нарушениями с импульсивными поступками, приводящими к совершению опасных действий, в виде агрессии, аутоагрессии и суицида. Реакция «короткого замыкания» заканчивается либо психофизиологическим истощением (типа прострации), либо сном. Воспоминаний о совершенном деянии у испытуемых может не быть или они фрагментарны. При установлении у подэкспертных реакции «короткого замыкания» они признаются невменяемыми в отношении совершенных ими общественно опасных деяний. В настоящее время эта форма поглощена понятием патологический аффект.

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

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

ное раздражение и непосильная нагрузка на нервные клетки привели бы к полному их истощению.

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

Неврастения – распространенное заболевание, возникающее при умственном или физическом переутомлении, недостатке сна, длительном психическом напряжении и травмирующей ситуации. Она выражается обычно в аффективной раздражительности, эмоциональной неустойчивости, упадке работоспособности, головных болях, головокружениях, бессоннице.

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

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

Невроз навязчивых состояний характеризуется явлениями навязчивости, навязчивыми идеями, страхами (фобиями), боязнью высоты, острых предметов (ножей, бритв, вилок, иголок), возможностью заразиться какой-либо болезнью, навязчивым счетом (ступеней лестницы, числом этажей здания и т.п.), навязчивым мудрствованием («умствен-

ной жвачкой»), навязчивым воспоминанием забытых имен, терминов, дат, формулировок и т.д.

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

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

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

Истерический невроз проявляется в разнообразной и пестрой симптоматике, включающей истерические припадки, истерические параличи, нарушения чувствительности, временную потерю речи, вегетативные нарушения и другие явления (спазм мускулатуры гортани – истерический «комочек в горле», ощущение нехватки воздуха, сердцебиение), которые возникают в условиях психотравмирующих ситуаций. Они отличаются от психопатий временным и менее устойчивым характером, а от реактивных психозов – меньшей глубиной. В судебно-психиатрической практике истерические неврозы могут протекать с элементами аггравации (преувеличения психопатической симптоматики).

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

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

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

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

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

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

В других случаях внезапно возникшее шоковое реактивное состояние проявляется в бурном двигательном возбуждении, бессмысленных непрерывных хаотических действиях, безотчетном метании из стороны в сторону, беспокойстве, дезориентировке, нечленораздельных выкриках – гиперкинетическая форма, обусловленная психогенным психомоторным возбуждением, которое сопровождается вегетативными нарушениями и расстройствами (побледнением или покраснением, обильным потоотделением, частым сердцебиением и дыханием, расстройством сознания). Обычно воспоминания о происшедшем не сохраняются.

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

Некоторое сходство с реакцией шокового характера имеет аффективный взрыв. Под последним, как уже указывалось, понимается кратковременное болезненное состояние, возникающее психогенным

путем в результате тяжелых сильных «страстей», волнений, особенно гнева, неожиданного оскорбления, унижения.

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

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

Обычно психогенная депрессия со временем проходит, психическое здоровье полностью восстанавливается, и только у отдельных лиц преклонного возраста, а также при наличии физического истощения она принимает затяжное течение и глубокий характер.

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

Психогенный реактивный ступор внешне может быть сходен со ступором при других заболеваниях, в частности, с кататоническим сту-

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

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

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

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

Реактивное состояние истерического типа выражается также в истерических припадках, при которых сознание помрачается не полностью. Нередко больной с истерическим расстройством сознания как бы «выключается» из реальной действительности и живет в мнимой ситуации. В таких случаях говорят об истерических психозах. При за-

тяжном течении, наблюдается уменьшение истерической симптоматики, особенно при физическом истощении.

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

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

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

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

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

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

В судебнопсихиатрической практике, в редких случаях встречаются реактивные состояния в форме реактивного галлюциноза, реактивного параноида и бредоподобных фантазий. Психогенный (реак-

тивный) галлюциноз выражается в появлении слуховых и зрительных галлюцинаций. Наряду с галлюцинациями наблюдаются и бредовые идеи. Все это протекает на фоне страха и тревоги. Больной слышит разные голоса знакомых и незнакомых ему лиц, плач своих детей, иногда ему кажется, что его называют по имени, слышит шум и взрывы, угрозы, будто он будет убит. Иногда больной слышит как бы по радио решение суда о своем помиловании. Нередко слуховые галлюцинации переплетаются со зрительными.

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

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

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

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

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

Реактивный параноид нередко имеет большое сходство с шизофренией, и поэтому отграничивать одно заболевание от другого в отдельных случаях трудно. Психогенно обусловленные бредоподобные фантазии характеризуются наличием в основном у истерических лич-

ностей в «экстремальных» условиях фантастических идей разнообразного содержания. Такие лица говорят о силе, могуществе, богатстве, о своей особой значимости и ценности для общества и государства. Упорно трудятся над сочинением «философских» и «научных трактатов» наивного и фантастического содержания, над описанием изобретений. Считают, что своими «открытиями» совершают переворот в науке и их гениальность оценят только потомки. От истинных бредовых идей бредоподобные фантазии отличаются тем, что последние возникают легко, изменчивы и не сопровождаются той уверенностью в их правдоподобности, как это бывает при истинном бреде.

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

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

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

При судебно-психиатрической оценке реактивных состояний, возникающих после преступления, необходимо ограничивать их от психических заболеваний эндогенного характера, в частности шизофрении, в связи с тем, что последняя иногда начинается картиной реак-

тивного состояния. Лица, обнаруживающие глубокое реактивное состояние любой формы, естественно, не могут принимать участия в суде в качестве свидетелей и давать показания.

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

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

ТЕМА № 11. Судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном процессе

1. Судебно-психиатрическая экспертиза обвиняемых

В соответствии со сформулированным в Уголовном Кодексе принципом вины (ст. 3 п. 5 УК), лицо подлежит уголовной ответственности только за совершение тех общественно опасных действий и их вредные последствия, в отношении которых установлена его личная вина, то есть умысел или неосторожность.

В уголовно-правовой практике есть две основные теории вины:

- оценочная (нормативная, этическая), когда вина лица за совершенное деяние сводится к оценочной (социальной, нравственной, политической) характеристике ее судом;
- психологическая (внутреннее, психическое) – субъективное отношение лица к своим общественно опасным и противоправным действиям или бездействию и их общественно опасным последствиям.

Субъективное (внутреннее, психическое) отношение лица к совершаемому им общественно опасному и уголовно-противоправному деянию, адекватно отражая основную суть его виновности, в своем конкретном выражении может быть многогранным. Поэтому УК ограничивает данное отношение лишь двумя формами: умыслом и неосторожностью, для которых вина в целом является родовым понятием.

Согласно ст. 21 УК виновным в преступлении может быть признано вменяемое лицо, совершившее общественно опасное деяние умышленно или по неосторожности.

Совершение общественно опасных деяний – объективное основание уголовной ответственности, а негативное отношение правонарушителя к запрету их совершения, т.е. вина – ее субъективное основание.

Нормы закона, устанавливая юридическое основание уголовной ответственности, базируются на постулате о свободе воли и детерминированности поведения человека.

В современном мире много внимания уделяется научно-техническому прогрессу и потреблению обществом его результатов. В связи с этим, однако, увеличивается количество факторов, способствующих дезадаптации человека. Это связано с увеличением нервно-психических нагрузок в процессе труда и общения между людьми, приводящих к стрессовым состояниям. В основе всех явлений природы и общества лежат объективные закономерности. Им подчинена деятельность населения, его сознания и воля, в основе которых лежат факторы жизнедеятельности, условия среды обитания человека.

Свобода воли – это способность личности определять свое поведение на основе познания объективной действительности, способность предвидеть последствия своих действий и оценивать их в соответствии с требованиями морали и права. Подлинная свобода заключается не в полной независимости от внешнего мира, а в способности принимать решения с учетом их социального значения. Вследствие этого, пациенты, страдающие психическими заболеваниями, лишены возможности правильно оценивать социальную сущность своих общественно опасных действий, и не несут уголовную ответственность.

Субъектом преступления может быть только вменяемое лицо. Вменяемость наряду с достижением установленного возраста выступает в качестве условия уголовной ответственности и является одним из общих признаков субъекта преступления.

Вменяемость – это закрепленная законодателем в законе уголовно-правовая категория, характеризующая психическое состояние лица, заключающееся в его способности по возрасту и состоянию психического здоровья отдавать себе отчет в своих действиях, сознавать фактическую сторону и общественную опасность и руководить ими во время совершения преступления, нести уголовную ответственность и наказание.

Вменяемость – способность нести ответственность перед законом за совершенные поступки. В уголовном праве вменяемость устанавливается путем проведения судебно-психиатрической экспертизы, руководствующейся в своем решении медицинским и юридическим критериями.

Медицинский критерий определяет состояние психики субъекта, во время совершения преступления, социальную зрелость, положение личности в системе общественных отношений, реализация прав и обязанностей.

Юридический критерий вменяемости характеризуют три признака: интеллектуальный, волевой и эмоциональный. Эмоциональный признак не имеет самостоятельного значения, однако должен учитываться при установлении вменяемости, так как в некоторых случаях эмоциональное перевозбуждение (например, при патологическом аффекте) может исключить вменяемость лица.

Согласно ч. 1 ст. 28 УК не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, т.е. не могло сознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) или руководить им вследствие хронического психического заболевания, временного расстройства психики, слабоумия или иного болезненного состояния психики.

Из вышесказанного можно сделать заключение, что вменяемость – это такое состояние психического здоровья, при котором человек в момент совершения общественно опасного деяния осознает значение своих действий, руководит ими и способен нести ответственность за свои действия.

Вменяемый человек отличается от невменяемого лица тем, что способен понимать фактическую сторону и социальную значимость своих поступков и при этом сознательно руководить своими действиями.

Преступление совершается под воздействием целого комплекса внешних обстоятельств, играющих роль причин и условий преступного поведения. Однако, ни одно из них не воздействует на человека, минуя его сознание. Будучи мыслящим существом, человек с нормальной психикой способен оценивать обстоятельства, в которых он действует, и с их учетом выбирать вариант поведения, соответствующий его целям.

У лиц с психическими заболеваниями сохраняется правильная ориентация, умение владеть определенным запасом знаний и навыков. Для признания человека невменяемым нужно установить его неспособность осознавать именно те общественно опасные деяния, которые он совершил, страдая психическим заболеванием. Необходимо, чтобы лицо осознавало не только фактическую сторону деяния, но и его социальную значимость, общественно опасный характер.

2. Вопросы вменяемости при судебно-психиатрической экспертизе

Субъектом преступления является только вменяемое лицо. Вменяемость наряду с достижением установленного возраста выступает в качестве условия уголовной ответственности и является одним из общих признаков субъекта преступления.

Вопрос о вменяемости (невменяемости) всегда решается в отношении конкретного деяния. Течение хронических психических заболеваний допускает возможность улучшения состояния (ремиссии). Например, при олигофрении, лицо может осознавать фактический характер и общественную опасность одних своих действий (таких, как причинение побоев, кража) и не осознавать общественной опасности других действий, затрагивающих более сложные общественные отношения (нарушение санитарно-эпидемиологических правил, возбуждение национальной вражды).

Невменяемый человек не может нести уголовную ответственность за свои объективно опасные для общества действия, так как в них не участвовали его сознание и (или) воля. Какой бы тяжелый вред обществу они ни причинили, у общества нет оснований для вменения этого вреда им в вину. Применение наказания к невменяемым лицам является нецелесообразным потому, что по отношению к ним недостижимы цели уголовного наказания – исправление осужденного и предупреждение совершения новых преступлений.

К лицам, совершившим общественно опасные деяния в состоянии невменяемости, по назначению суда применяются 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 лиц. Это особые меры, которые не являются наказанием, а имеют целью лечение указанных лиц или улучшение их психического состояния, а также предупреждение совершения ими новых деяний, предусмотренных статьями Особенной части УК. Виды принудительных мер медицинского характера, а также основания и порядок их применения регулируются уголовно-исполнительным законодательством.

Юридический (психологический) критерий невменяемости.

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

Юридический критерий невменяемости характеризует тяжесть (глубину) психических нарушений, которая исключает вменяемость (невменяемым является лицо, которое во время совершения общественно опасного действия не могло отдавать себе отчета в своих действиях или руководить ими).

Юридический (психологический) критерий невменяемости содержится в ст. 28 УК, в которой определяются состояния, препятствующие вменить в вину правонарушение, либо так: «Лицо... не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими». Данный критерий состоит из двух элементов: интеллектуального – нарушения возможности осознавать характер и общественную опасность своих действий, и волевого – нарушение возможности руководить ими.

Интеллектуальный признак свидетельствует о том, что лицо, совершившее то или иное действие (или бездействие), не понимало фактических обстоятельств содеянного или не могло осознавать его общественное значение.

Волевой признак психологического критерия невменяемости заключается в неспособности лица руководить своими действиями. Это самостоятельный признак, который и при отсутствии интеллектуального признака может свидетельствовать о наличии невменяемости. Практика свидетельствует о том, что лицо, совершившее общественно опасное деяние, при определенном состоянии психики может, совершая такое деяние, сохранять возможность формальной оценки событий, их понимание при отсутствии, однако, способности руководить своими действиями. В таких случаях о наличии психологического критерия невменяемости можно судить на основании одного волевого признака. С другой стороны, неспособность осознавать свои действия (интеллектуальный признак) всегда свидетельствует о неспособности руководить этими действиями и, следовательно, о наличии психологического критерия невменяемости.

Первый элемент критерия требует анализа критических способностей испытуемого, возможности адекватно оценить обстановку и собственное поведение. Из положения о невозможности понимания субъектом сущности своих действий, вытекает, что интеллектуальный критерий перекрывает волевой.

Медицинский (биологический) критерий невменяемости

Медицинский критерий невменяемости в ст. 28 УК представляет собой обобщенный перечень психических расстройств, включающих четыре их вида:

- хроническое психическое заболевание;
- временное расстройство психики;
- слабоумие;
- иное болезненное состояние психики, например психопатии, психический инфантилизм, некоторые случаи глухоноты.

Этими категориями охватываются все известные науке расстройства психики. Из содержания медицинского критерия следует, что не болезненные расстройства психической деятельности не должны ис-

ключать вменяемость. Примером такого временного не болезненного изменения психики может служить состояние физиологического аффекта (сильного душевного волнения). Сильные, бурно развивающиеся эмоции гнева, ярости, страха могут явиться внутренней побудительной силой преступления. У человека в таком состоянии сужено сознание и ограничены возможности руководить своими действиями. Однако физиологический аффект не является болезненным расстройством психики, поэтому не служит критерием невменяемости. Совершение преступления в состоянии аффекта учитывается лишь как признак привилегированных составов убийства и причинения тяжкого или менее тяжкого телесного повреждения (ст. 141, 150 УК).

Для наличия медицинского критерия достаточно одного из упомянутых видов психических расстройств.

Понятием хронического психического расстройства охватывается группа заболеваний, носящих длительный характер, трудно поддающихся излечению, протекающих непрерывно или приступообразно, имеющих тенденцию к прогрессированию. К ним относятся, например, шизофрения, эпилепсия, прогрессивный паралич, маниакально-депрессивный психоз, предстарческие и старческие психозы, некоторые органические заболевания центральной нервной системы и другие психические болезни. В судебно-психиатрической практике хронические психические расстройства наиболее часто выступают в качестве медицинского критерия невменяемости. Это касается в первую очередь шизофрении.

К временному расстройству психики относятся психические заболевания, которые быстро развиваются, длятся непродолжительное время и заканчиваются полным выздоровлением. Это острые психозы при общих инфекционных заболеваниях (например, при тифе), реактивное состояние (временные расстройства психической деятельности под влиянием тяжелых душевных потрясений) и так называемые исключительные состояния, вызывающие помрачение сознания на короткий срок (патологическое опьянение, сумеречное состояние сознания, патологические просоночные состояния, патологический аффект и др.).

Временные расстройства психики в судебно-психиатрической практике встречаются реже, чем хронические. Особенно редко приходится сталкиваться с исключительными состояниями.

Слабоумие – болезненное состояние психики, которое характеризуется неполноценностью умственной деятельности. Самостоятельное судебно-психиатрическое значение имеет врожденное слабоумие (олигофрения). По степени поражения умственной деятельности различаются три формы олигофрении: легкая (дебильность), средняя (имбецильность) и тяжелая (идиотия). Приобретенное слабоумие (деменция), которое характеризуется снижением или полным распадом

прежде нормальной мыслительной деятельности, оценивается обычно в связи с вызвавшим его основным психическим заболеванием.

Иное болезненное состояние психики – это такое расстройство психической деятельности болезненного характера, которое не подпадает под признаки названных трех категорий. К ним отнесены тяжелые формы психопатии, аномалии психики у глухонемых, последствия черепно-мозговой травмы (травматическая энцефалопатия) и др.

Отнесение психического расстройства к той или иной категории из числа выше перечисленных, не имеет самостоятельного значения для вывода о невменяемости субъекта. Соответствующий вывод может быть сделан только при условии, что данное болезненное изменение психики привело к невозможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими. Поскольку этот вывод имеет юридическое значение, последний критерий и называют юридическим.

Установление медицинского и юридического критерия относится к компетенции судебного психиатра, так как юридический критерий говорит только о глубине психического расстройства, а это может установить только эксперт.

3. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших правонарушение в состоянии опьянения

Как уже указывалось, для установления невменяемости необходимо наличие двух критериев – медицинского и юридического. При установлении только одного из них, субъект не может быть признан невменяемым.

Для иллюстрации данного положения рассмотрим оценку психического состояния лиц в состоянии простого алкогольного или наркотического опьянения.

Законодательство предусматривает, что «лицо, совершившее преступление в состоянии алкогольного опьянения либо в состоянии, вызванном потреблением наркотических средств, психотропных, токсических или других одурманивающих веществ, подлежит уголовной ответственности» (п. 1 ст. 30 УК).

В основе восприятия ситуации пьяным человеком всегда лежат подлинные факты реальной действительности, а не болезненные, бредовые переживания, как у пациента, страдающего психическим расстройством. Действия пьяного приобретают внешне нелепый, немотивированный характер, иногда они отличаются необычной жестокостью, грубостью, цинизмом, что не свойственно данному лицу, когда он трезв. Все это может вызывать предположение о каком-либо болезненном психическом состоянии в этот период времени, вследствие чего и назначается экспертиза. При установлении простого алкогольного опьянения обвиняемого в момент совершения преступления, де-

дается вывод о его вменяемости, поскольку медицинский критерий невменяемости отсутствует. При опьянении, как правило, отсутствует и психологический критерий невменяемости. В тяжелой степени опьянения нарушение психических процессов не приводит к полному устранению контроля сознания и возможности руководить своими действиями. Бессмысленность, алогичность поступков, отсутствие видимых мотивов, незначительность или полное отсутствие повода к преступлению, неоправданная жестокость или крайний цинизм – все это еще не говорит о наличии психологического критерия. Психологический критерий отсутствует, поскольку субъект не утратил связь с действительностью, осознавал свои поступки и был в состоянии в определенной мере корректировать их.

В отличие от общественно опасных действий пациентов, страдающих психическим заболеванием, преступные действия пьяного, при недостаточной видимой мотивировке, связаны с определенными внешними поводами. В беспорядочных агрессивных действиях пьяного лица случайно подвернувшихся людей видно осознанное проявление жестокости, пренебрежения к окружающим, к нормам поведения в обществе.

В отличие от психических болезней, алкогольное опьянение, вне зависимости от его тяжести, не может рассматриваться в аспекте критерия невменяемости. Оно возникает вследствие произвольного приема алкоголя, совершаемого в целях подъема настроения, в силу обычаев, традиций и т.п. При этом произвольным является не только сам прием, но и доза алкоголя (индивидуальная для каждого), которая в значительной мере определяет поведение человека в состоянии опьянения. Лицо по своему желанию, добровольно употребляющее алкоголь, наркотические средства или одурманивающие вещества, знает об их воздействии на его организм, предвидит свое возможное поведение в этом состоянии и по своему усмотрению выбирает вариант поведения.

Таким образом, если устанавливается только юридический критерий невменяемости, при отсутствии медицинского, то человек вменяем. Так же как и наличие только медицинского критерия при отсутствии юридического не дает основания вынести решение о невменяемости.

Состояние простого физиологического опьянения следует отличать от психических расстройств, связанных с опьянением или возникающих на фоне опьянения. Одним из них является патологическое опьянение – это не просто тяжелая степень опьянения, а качественно отличное от обычного опьянения болезненное состояние, возникающее в связи с употреблением алкоголя.

Патологическое опьянение в противоположность простому алкогольному опьянению относится к группе острых, кратковременно протекающих психических расстройств. Оно рассматривается как су-

меречное состояние психики, временное помрачение сознания, продолжающееся от нескольких минут до нескольких часов.

Патологическое опьянение возникает в результате приема алкоголя и одновременно воздействия ослабляющих организм вредных факторов. К таким факторам относятся: переутомление, перегревание, астенические состояния после перенесенных заболеваний и т.п. Патологическое опьянение может развиваться спустя некоторое время после приема алкоголя и независимо от его количества, протекает довольно короткое время. Опьяневший вдруг неожиданно становится тревожным, растерянным, отрешенным от реального мира, движения его становятся четкими, быстрыми, высказывания принимают отрывочный характер. Контакт с реальностью нарушается. Заканчивается патологическое опьянение чаще всего так же внезапно, как и начинается, нередко оно переходит в глубокий сон, после которого отмечается полная амнезия (пробел в воспоминаниях) или смутное воспоминание о пережитом.

На почве систематического употребления алкоголя могут развиваться и другие болезненные расстройства психики: алкогольный делирий («белая горячка»), алкогольный галлюциноз, алкогольный паранойд и т.д. Совершение общественно опасных действий при данных расстройствах исключает ответственность ввиду наличия обоих критериев невменяемости.

Систематическое злоупотребление алкоголем может привести человека к заболеванию хроническим алкоголизмом.

Глубокие изменения личности хронического алкоголика позволяют рассматривать это заболевание в ряду других психических аномалий, не исключающих вменяемости. У алкоголика развиваются психопатические черты характера, имеющие криминогенное значение. Лицам, злоупотребляющим алкоголем, свойственны такие негативные черты, как повышенная раздражительность, агрессивность, конфликтность, подозрительность, мнительность, ревность, сутяжничество, садизм при совершении насильственных преступлений. Нередко такие лица в силу своего заболевания при совершении преступления не в полной мере могут осознавать фактический характер и общественную опасность действий либо руководить ими. Суд может на основании ст. 29 УК учесть это обстоятельство при назначении наказания. Однако специфика данной психической аномалии состоит в том, что она развивается вследствие асоциального поведения лица, выражающегося в пьянстве. Суды не склонны смягчать ответственность субъектам, страдающим алкоголизмом и наркоманией. К ним при соответствующих условиях применяют принудительные меры медицинского характера, предусмотренные гл. 14 УК.

Судебно-психиатрическая экспертиза лиц с психическими расстройствами, не исключающими вменяемость.

Другой обширной группой подэкспертных (до 30–40%) являются лица с пограничными формами нервно-психической патологии (церебральный атеросклероз, остаточные явления после черепно-мозговой травмы, неглубокая степень умственной отсталости). Разнообразные по своим клиническим проявлениям и природе, они имеют ряд общих признаков, например, личностный уровень поражения, неглубокие интеллектуальные и аффективные нарушения. Пограничный характер указанных расстройств не исключает у таких лиц возможность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, поэтому они признаются вменяемыми. Вместе с тем некоторые личностные особенности могут накладывать отпечаток на мотивацию их противоправного поведения. Экспертная оценка таких обвиняемых предусмотрена ст. 29 УК.

Институт ограниченной вменяемости характерен для уголовного законодательства большинства государств Европы. Предпосылкой для введения указанного института практически везде явилось внедрение в широкую клиническую и экспертную практику учения о «пограничных состояниях», которые влекут снижение способности осознавать значение своих действий и контролировать их, но в то же время не в столь значительной степени, чтобы лица, обнаруживающие расстройства пограничного спектра, признавались невменяемыми. Наиболее разработаны нормы применения ограниченной (уменьшенной) вменяемости в Германии и во Франции, где подобная практика существует на протяжении многих лет.

Итогом многолетней дискуссии отечественных психиатров и юристов явилось включение в Уголовный кодекс 1999 г. ст. 29. Нормы ст. 29 УК не ограничивают категорий патологических состояний и могут включать органические поражения головного мозга, умственную отсталость, расстройства личности, эпилепсию, шизофрению. Такой значительный разброс патологии связан с тем, что экспертные комиссии при вынесении решения о применении ст. 29 УК ориентируются в первую очередь на ограниченную способность подэкспертных руководить своими действиями, что находится в тесной зависимости от особенностей личности испытуемых и от требований, предъявляемых к личности в определенной субъективно-сложной ситуации.

Статья 29 УК впервые в белорусском законодательстве регулирует вопрос об ответственности лиц с уменьшенной вменяемостью:

«1. Лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии уменьшенной вменяемости, т.е. не могло в полной мере сознавать значение своих действий или руководить ими вследствие болезненного психического расстройства или умственной отсталости, не освобождается от уголовной ответственности.

2. Состояние уменьшенной вменяемости может учитываться при назначении наказания или иных мер уголовной ответственности, а также служить основанием для применения к лицу принудительных мер безопасности и лечения».

Из положений ст. 29 УК вытекает следующее. Во-первых, закон не признает промежуточного состояния между вменяемостью и невменяемостью. Во-вторых, признанное вменяемым лицо, которое во время совершения преступления не могло в полной мере осознавать значение своих действий, руководить ими, подлежит уголовной ответственности. В-третьих, наличие у виновного психических аномалий, не исключающих вменяемости, «учитывается судом при назначении наказания». В-четвертых, психическое расстройство, не исключающее вменяемости, может служить основанием для применения принудительных мер безопасности и лечения.

При оценке конкретного деяния, совершенного лицом, имеющим аномалии психики, необходимо учитывать причинную связь между этими аномалиями и совершенным преступлением. В тех случаях, когда психические аномалии являлись решающим звеном в общей цепи причинной связи, приводимой к совершению преступления и наступлению преступного результата. Суд может учесть это, как смягчающее ответственность обстоятельство. Хотя поведение человека и не определяется патологическими чертами его личности, но такие черты могут быть условиями, способствующими и его преступному поведению.

Исходя из содержания ст. 28 и 29 УК, перед экспертной судебно-психиатрической комиссией могут быть поставлены следующие вопросы:

– Не страдал ли обвиняемый психическим заболеванием в период совершения преступления, не страдает ли им в настоящее время?

– Обнаруживал ли он в момент совершения правонарушения временные расстройства психической деятельности?

– Мог ли он понимать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействий) и руководить ими в полной или неполной мере?

– Нуждается данное лицо в назначении принудительных мер медицинского характера, предусмотренных законодательством, и каких именно?

4. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц с психическими расстройствами, возникшими после совершения правонарушения

Психические расстройства в ряде случаев могут возникать после совершенного преступления до вынесения приговора. Решение этих вопросов предусмотрено ст. 92 УК «Освобождение от наказания или замена наказания более мягким по болезни» ч. 1, в которой указано: «Лицо, заболевшее после вынесения приговора психической болезнью, лишаящей его возможности сознавать фактический характер и

значение своих действий или руководить ими, освобождается судом от отбывания наказания». Такому лицу суд может назначить принудительную меру безопасности и лечения.

В ч. 1 ст. 92 УК также содержатся медицинский и юридический критерии. Однако, по своему содержанию они не идентичны указанным критериям ст. 28 УК, определяющей формулу невменяемости. Медицинский критерий ч. 1 ст. 92 УК представлен одним признаком: «Психическое расстройство», который включает в себя все формы психической патологии. Юридический критерий, по аналогии со ст. 28 УК, определен как возможность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Однако при применении данной статьи речь идет не о вменяемости, так как лицо, заболевшее психическим заболеванием после совершения преступления, согласно ст. 28 УК должно было признано вменяемым. Законодательные положения, предусматривающие решение указанных вопросов, содержатся в уголовно-процессуальном кодексе, в разделах, посвященных применению мер медицинского характера.

При диагностике психических нарушений, возникающих после совершения преступления, эксперт должен оценить форму психической патологии, ее нозологическую принадлежность, а также варианты ее течения и исход. Важность точности квалификации психического состояния определяется необходимостью конкретных рекомендаций относительно мер безопасности и лечения и дальнейшей после выздоровления процессуальной деятельности подэкспертного. Эти положения сформулированы в ч. 4 ст. 92 УК: «Лицо, указанное в части первой настоящей статьи, в случае его выздоровления подлежит наказанию, если не истекли сроки давности, исполнения обвинительного приговора». При этом время, в течении которого к нему применялись принудительные меры безопасности и лечения, засчитывается в срок наказания.

К лицам, заболевшим психическим расстройством, применяется ч. 2 ст. 92 УК: «Лицо, заболевшее после вынесения приговора иной тяжелой болезнью, препятствующей отбыванию наказания, может быть судом освобождено от отбывания наказания или это наказание может быть заменено более мягким». При этом учитываются тяжесть совершенного преступления, личность осужденного, характер заболевания и другие обстоятельства.

В случаях применения ст. 92 УК, после проведения принудительного лечения, врачебной комиссии вновь надлежит оценить психическое состояние подэкспертного на предмет выздоровления. Если наступило выздоровление или улучшение состояния, то необходимо определить, в какой мере лицо осознает фактический характер и общественную опасность своих действий и может руководить ими.

5. Судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей и потерпевших

Показания свидетелей и потерпевших на предварительном и судебном следствии являются одним из важных доказательств в уголовном процессе.

Согласно Уголовно-процессуальному Кодексу Республики Беларусь (далее УПК) (ст. 94), показания свидетеля – это сведения, сообщенные свидетелем в устной или письменной форме на допросе, проведенном на предварительном следствии, дознании или в судебном заседании в порядке предусмотренном ст. 215–221, 330–332 настоящего Кодекса, а также при производстве иных следственных действий с его участием. Свидетель может быть допрошен о любых относящихся к уголовному делу обстоятельствах, в том числе о личности обвиняемого, потерпевшего и своих взаимоотношениях с ними и другими свидетелями. Свидетелем является лицо, которому известны обстоятельства, имеющие значение для расследования и разрешения уголовного дела.

В связи с такой важностью свидетельских показаний чрезвычайно ответственной является оценка судом их достоверности. Даже добросовестный свидетель, стремящийся как можно точнее воспроизвести в памяти события, очевидцем которых он был, не застрахован от искажения фактов (воздействие эмоций, нарушающее точность запечатления в памяти и последующего изложения событий). В случаях, когда свидетели и потерпевшие психически больны или вызывают сомнение в психической полноценности, назначение судебно-психиатрической экспертизы является обязательным.

Согласно УПК ст. 93, показания потерпевшего – это сведения, сообщенные потерпевшим в устной или письменной форме на допросе, проведенном на предварительном следствии, дознании или в судебном заседании в порядке предусмотренном ст. 215–221, 330–332 настоящего Кодекса, а также при производстве иных следственных действий с его участием.

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

Одним из аспектов судебно-психиатрической экспертизы потерпевших является определение возможности лица по психическому состоянию понимать характер и значение совершаемых действий, оказывать сопротивление в криминальной ситуации.

При направлении на комплексную судебно-психиатрическую и психологическую экспертизу вопросы могут быть сформулированы следующим образом:

– Имеются ли у потерпевшего (свидетеля) психического заболевания?

– Может ли он по психическому состоянию воспринимать обстоятельства дела и давать о них правильные показания?

Имеет потерпевший (свидетель) патологической склонности к фантазированию и псевдологии?

– Понимал потерпевший (свидетель) характер и значение совершаемых действий?

– Имеются ли у потерпевшего (свидетеля) какие-либо личностные особенности, которые оказали влияние на его поведение в криминальной ситуации?

– Мог ли потерпевший по психическому состоянию оказывать сопротивление в криминальной ситуации?

– Позволяет психическое состояние здоровья потерпевшего (свидетеля) в настоящее время участвовать в судебно-следственных действиях?

6. Судебно-психиатрическая экспертиза осужденных

Пенитенциарная психиатрия – отрасль судебной психиатрии, целью которой является оказание необходимой помощи лицам с психическими расстройствами в местах лишения свободы. В ее задачи входит:

– выявление лиц с психическими расстройствами среди осужденных;

– проведение необходимых лечебных мероприятий;

– психиатрическое наблюдение за ними;

– оказание помощи администрации в выборе соответствующего режима и вида трудоустройства;

– применение адекватных воспитательных мер для лиц с психическими нарушениями,

– решение вопроса о тяжести психических расстройств и возможности дальнейшего отбывания наказания.

Одной из задач является регламентированное УК лечение лица, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии уменьшенной вменяемости, т.е. не могло в полной мере сознавать значение своих действий или руководить ими вследствие болезненного психического расстройства или умственной отсталости, не освобождается от уголовной ответственности (ст. 29 УК).

Объем психиатрической помощи в местах лишения свободы расширился за счет лиц, которым судом может назначаться наказание в сочетании с принудительным мерам безопасности и лечения согласно ч. 2 ст. 29 УК. При этом принудительная мера медицинского характера таким осужденным может назначаться в виде амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра (ч. 2 ст. 101, 106 УК).

Принудительное амбулаторное лечение предусмотрено в отношении осужденных, нуждающихся в лечении от алкоголизма, нарко-

мании и токсикомании. Ч. 2 ст. 107 УК предусматривает, что эти принудительные меры медицинского характера исполняются по месту отбывания наказания (осужденные к аресту, лишению свободы или пожизненному заключению). Осужденные к иным видам наказания или иным мерам уголовной ответственности – по месту жительства путем принудительного амбулаторного наблюдения и лечения.

Прекращение принудительного лечения, предусмотренного ч. 3 ст. 107, соединенной с исполнением наказания, производится судом на основании заключения медицинской комиссии учреждения, в котором лица находятся на излечении.

Закон устанавливает психиатрическое освидетельствование осужденных, вызывающих сомнение в их психическом здоровье. Экспертизу назначают органы дознания, следствие и суд, а освидетельствование осуществляется по предложению администрации исправительно-трудовых учреждений и проводится комиссиями, включающие врачей-психиатров, создаваемыми обычно медицинской службой этих учреждений.

Если осужденные во время пребывания наказания совершают те или иные противоправные действия, то в этом случае назначается судебно-психиатрическая экспертиза по определению их вменяемости.

Если же лицо осужденное заболело в местах лишения свободы и есть подозрение на психическое заболевание, то в этом случае назначается психиатрическое освидетельствование.

Комиссия, в состав которой входит психиатр при освидетельствовании осужденных, решает следующие вопросы:

- страдает ли осужденный психическим заболеванием?
- необходимость в мерах медицинского характера для осужденного?

Если устанавливается, что психическая болезнь, которой страдает осужденный, является хронической, то суд по представлению администрации исправительно-трудовых учреждений на основании заключения врачебной комиссии вправе вынести определение об его освобождении от дальнейшего отбывания наказания.

При установлении врачебной комиссии наличие временного расстройства психики у осужденного, он госпитализируется на лечение в стационар, а по выздоровлении продолжает отбывать наказание (ч. 4 ст. 92 УК). Время пребывания в медицинском учреждении засчитывается в срок наказания (ст. 92 УК). Если при этом комиссия признает, что болезнь имела место в момент преступления, а суд не учел этого обстоятельства, то тогда органы надзора ставят вопрос об отмене приговора и пересмотре дела. В таких случаях назначается судебно-психиатрическая экспертиза, решающая вопрос о вменяемости.

Принудительные меры медицинского характера назначаются, когда лицо, страдающее психическим заболеванием, совершило преступление в невменяемом состоянии и представляет общественную опас-

ность или преступник после совершения преступления заболел психическим заболеванием.

Производство о применении принудительных мер медицинского характера, указанных в ч. 1 ст. 100 УК, осуществляется в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами и совершивших общественно опасное деяние, предусмотренное особенной частью УК, с целью предупреждения со стороны этих лиц новых общественно опасных деяний, охраны и лечения таких лиц.

Принудительные меры медицинского характера не отражают суть уголовной ответственности. Они не преследуют цель исправления осужденного и не предполагают те ограничения прав, которые сопряжены с уголовной ответственностью. В основу их реализации положена цель излечения лица или улучшения его психического состояния, а также предупреждения совершения им новых деяний, предусмотренных статьями Особенной части УК. Характер и продолжительность применения принудительных мер медицинского характера определяются, в основном, не тяжестью содеянного, а спецификой заболевания лица. Да и срок такого лечения зависит от характера заболевания. К тому же принудительные меры медицинского характера применимы к лицам, совершившим общественно опасные деяния в состоянии невменяемости, а к таким лицам уголовная ответственность неприменима.

Законом предусмотрено, что указанным лицам суд может назначить следующие виды принудительных мер медицинского характера:

- принудительное амбулаторное наблюдение и лечение у врача-психиатра;
- принудительное лечение в психиатрическом стационаре (отделении) с обычным наблюдением;
- принудительное лечение в психиатрическом стационаре (отделении) с усиленным наблюдением;
- принудительное лечение в психиатрическом стационаре (отделении) со строгим наблюдением.

Принудительные меры безопасности и лечения могут быть назначены судом наряду с наказанием в отношении совершивших преступления лиц, признанных уменьшено вменяемыми, с целью создания условий для лечения и достижения целей уголовной ответственности.

Пациентам, страдающим психическими заболеваниями, к которым по решению суда применяются принудительные меры безопасности и лечения, должны не реже одного раза в шесть месяцев подвергаться освидетельствованию комиссией врачей-психиатров для решения вопроса относительно возможности прекращения судом применения принудительных мер безопасности и лечения или изменения их в суде (ч. 1 ст. 103 УК). Заключение комиссии врачей-психиатров может быть обжаловано в суде в соответствии с законом.

Изменение или прекращение принудительной меры медицинского характера осуществляется судом в случае такого изменения психического состояния лица, при котором отпадает необходимость в применении ранее назначенной меры либо возникает необходимость в назначении иной принудительной меры медицинского характера.

В случае прекращения применения принудительного лечения в психиатрическом стационаре суд может передать необходимые материалы в отношении лица, находившегося на принудительном лечении, органам здравоохранения для решения вопроса о его лечении или направлении в психоневрологическое учреждение социального обеспечения в порядке, предусмотренном законодательством Республики Беларусь.

Лечение субъекта на общих основаниях осуществляется в случае прекращения прокурором уголовного дела в отношении невменяемого лица, когда это лицо по характеру совершенного им деяния и по своему болезненному состоянию не представляет опасности для общества и не нуждается в принудительном лечении.

ТЕМА № 12. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе

1. Вопросы о признании недееспособности субъекта вследствие психического расстройства

Вопросы на которые необходимо ответить в гражданском процессе, сводятся к выяснению дееспособности и нуждаемости лица в учреждении над ним опеки, а также к решению вопроса о психическом состоянии лица в момент совершения им той или иной сделки.

Судебно-психиатрическая экспертиза назначается для определения психического состояния лица (ст. 374 Гражданского процессуального кодекса Республики Беларусь (далее – ГПК). Решается вопрос о признании недееспособности субъекта вследствие психического расстройства с целью учреждения над ним опеки.

Эксперты решают вопрос о наличии психического расстройства, способность подэкспертного понимать значение своих действий, руководить ими. Не все психические расстройства обуславливают недееспособность, а только такие расстройства, которые достаточно выражены, значительно снижают критическое отношение к окружающему и собственной личности, искажают оценку реальных событий и своего состояния, нарушают поведение, препятствуют поддержанию адекватного контакта с действительностью и лишают пациентов возможности принимать осознанные решения.

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

Гражданское право признает недействительной сделку, совершенную гражданином, признанным недееспособным. Согласно ст. 172 Гражданского кодекса Республики Беларусь (далее – ГК), сделка, совершенная гражданином, признанным недееспособным, вследствие психического расстройства, ничтожна. Каждая из сторон такой сделки обязана возвратить другой все полученное в натуре, а при невозможности возвратить полученное, в натуре возместить его стоимость в деньгах и т.д.

Эксперты оценивают психическое состояние, расстройства психики у лиц, которые были дееспособными, но в период совершения сделки не могли понимать значение своих действий или руководить ими. Как видно из ст. 177 ГК, сделка, совершенная гражданином, хотя и дееспособным, но находящимся в момент ее совершения в таком состоянии, когда он не был способен понимать значение своих действий или руководить ими, может быть признана судом недействительной по иску этого гражданина либо иных лиц, чьи права или охраняемые законодательством интересы нарушены в результате ее совершения. Период совершения сделки ограничен точными временными границами, при производстве этого рода судебно-психиатрических экспертиз необходимо установить время начала психического расстройства, решить вопрос о том, насколько была выражена болезнь.

Экспертная задача – лишали ли человека психические расстройства способности в то время понимать значение своих действий или руководить ими. В практике судебно-психиатрической экспертизы бывают такие случаи, когда психические расстройства возникали уже после совершения тех или иных сделок, в таких случаях гражданские акты считаются действительными.

Дела о признании брака считаются недействительным, согласно ст. 19 Кодекс о браке и семье Республики Беларусь (далее КОБС). Также не допускается заключение брака с лицом, признанным судом недееспособным.

В указанных случаях суд для рассмотрения дела по существу, с целью определения психического состояния лица, назначает судебно-психиатрическую экспертизу. Проводя судебно-психиатрическую экспертизу, необходимо установить, страдал ли человек в момент вступления в брак психическим расстройством, было ли это психическое расстройство столь выраженным, что оно лишало этого человека возможности понимать значение своих действий или руководить ими.

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

Если один из супругов, страдающий психическим расстройством, признан судом недееспособным, то расторжение с ним брака производится в суде (ст. 46 КОБС). Таким образом, при расторжении брака лицо с психическим расстройством может быть направлено на судебно-психиатрическую экспертизу для решения вопроса о способности понимать значение своих действий или руководить ими.

Судебно-психиатрическая экспертиза назначается при рассмотрении судом споров об отобрании ребенка. Ограничение родительских прав допускается, если оставление ребенка с родителями опасно для него по обстоятельствам, от родителей не зависящим. Этим обстоятельством может являться психическое расстройство одного или обоих родителей. В случаях, если существует непосредственная угроза жизни или здоровью ребенка, закон допускает и его отобрание (ст. 85 КОБС).

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

Психиатрическая помощь гарантируется государством и оказывается на основе принципов законности, гуманности и соблюдения прав человека и гражданина. Диагноз психического расстройства ставится в соответствии с общепризнанными международными стандартами и не может основываться только на несогласии гражданина с принятыми в обществе моральными, культурными, политическими или религиозными ценностями, либо на иных причинах, непосредственно связанных с состоянием его психического здоровья.

Психиатрическая помощь оказывается гражданину при его добровольном обращении или с его согласия.

Несовершеннолетнему в возрасте до четырнадцати лет, а также гражданину, признанному в установленном законом порядке недееспособным, психиатрическая помощь оказывается по просьбе или с согласия их законных представителей.

Ограничение прав и свобод граждан, связанное с наличием психического расстройства (заболевания), допускается только в случаях, предусмотренных законами Республики Беларусь.

Не допускается ограничение прав и свобод граждан, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), только на основании диагноза психического расстройства (заболевания), фактов нахождения под диспансерным наблюдением в психиатрическом (психоневрологическом) учреждении либо в психоневрологическом учреждении для социального обеспечения или специального обучения.

При рассмотрении гражданских дел суд, не обладающий специальными познаниями в области психиатрии, может прибегнуть к судебно-психиатрической экспертизе. В зависимости от характера гражданского дела, рассматриваемого судом, перед экспертами формулируются и соответствующие вопросы.

В судебно-психиатрической практике увеличилась необходимость посмертных судебно-психиатрических экспертиз по гражданским делам.

Заочная, посмертная судебно-психиатрическая экспертиза по гражданским делам назначается судом, когда лица, совершившие тот или иной оспариваемый гражданский акт, являются умершими. Обычно это споры о наследстве, при сомнении в состоянии психического здоровья завещателя; договорах дарения, заключении браков, в результате которых возникают имущественные споры между наследниками покойного. Процедура назначения такой экспертизы проводится в соответствии с положениями гражданского и гражданско-процессуального кодексов.

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

Психиатрическая помощь включает в себя обследование психического здоровья граждан, диагностику психических расстройств, лечение, уход и медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами.

При оказании психиатрической помощи врач-психиатр независим в своих решениях и руководствуется только медицинскими показателями, врачебном долгом и законом. Врач-психиатр, мнение которого не совпадает с решением врачебной комиссии, вправе дать свое заключение, которое приобщается к медицинской документации.

Решая вопрос о назначении судебно-психиатрической экспертизы по гражданским делам (о признании лица дееспособным), необходимо исходить из того, что дееспособность является юридическими понятиями и относятся к исключительной компетенции суда.

Судебно-психиатрическая экспертиза определяет психическое состояние, а также обстоятельства, в следствии которых лицо способно или неспособно понимать значение своих действий и руководить ими.

Необходимо учитывать, что особенностью судебно-психиатрической экспертизы в гражданском судопроизводстве при решении вопросов о дееспособности является прогностическая оценка психического состояния подэкспертного в зависимости от формы и течения психического расстройства. На разрешение судебно-психиатрической экспертизы целесообразно ставить следующие вопросы:

– Страдает ли (Ф.И.О. подэкспертного) в настоящее время каким либо психическим расстройством (заболеванием)?

– Если да, то может ли он по своему психическому состоянию понимать значение своих действий и руководить ими?

По гражданским делам возникает необходимость проведение судебно-психиатрических экспертиз лиц, совершающих сделки имущественного характера или юридически значимых действий.

В этом случае необходимо понимать, что свободное волеизъявление может быть нарушено различными причинами как психологического свойства (психическое расстройство), так и с обусловленными, в экспертном выводе может содержаться медицинский критерий сделко-/несделкоспособности. Экспертной оценке подвергается состояние подэкспертного в момент совершения сделки или юридически значимых его действий, т.е. совокупность клинических, психологических, соматогенных, психогенных, социальных и иных факторов, оказавших влияние в этот период на поведение исследуемого. Перед судом, в этом случае, необходимо поставить следующий вопрос: «Находился ли (Ф.И.О. подэкспертного) в период (совершения сделки или иного юридически значимого действия, с указанием даты) в таком состоянии, когда он не был способен понимать значение своих действий и руководить ими?». Возможен и другой вариант вопроса, например: «В каком состоянии находился (Ф.И.О. подэкспертного) в период совершения сделки или иного юридически значимого действия, с указанием даты?». Вопрос ставится перед судом для последующей их оценки свободного волеизъявления лица, совершившего имуществен-

ную сделку либо иное юридически значимое действие в зависимости от конкретных обстоятельств рассматриваемого гражданского дела.

В некоторых случаях возникает необходимость в проведении комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы, либо комплексной экспертизы с привлечением в состав комиссии медицинских судебных экспертов-специалистов в других областях медицины, например, онкологов, фармакологов, эндокринологов и др.

Комплексные психолого-психиатрической экспертизы назначаются по гражданским делам, по спорам при ком из родителей останется воспитываться ребенок после развода родителей и другие дела связанные с детьми. В таком случае судом на разрешение экспертной комиссии могут ставить следующие вопросы: «Какие индивидуально-психологические особенности матери (отца)?», «Какие индивидуально-психологические особенности ребенка?», «Имеется ли наличие какого-либо психического расстройства у отца, либо матери?», «Имеется ли наличие какого-либо психического расстройства (нарушения психического развития) у ребенка?», «Имеются ли у ребенка психические расстройства (нарушения психического развития), обусловленные семейным конфликтом?»

СЕМИНАРСКИЕ ЗАНЯТИЯ

В современной высшей школе семинар является одним из основных видов практических занятий по различным отраслям науки, так как представляет собой средство развития у студентов культуры научного мышления и общения.

Совместная работа студентов под руководством преподавателя на семинарах по учебной дисциплине «Судебная психиатрия» призвана обеспечить изучение основных понятий, практических навыков применения знаний в рамках изучения темы.

Семинарское занятие способствует приобретению навыков, необходимых будущему специалисту, умений анализировать, оперировать информацией, в том числе психиатрической тематики документации, использовать уже приобретенные знания при ответе на вопросы, поставленные преподавателем, и анализе рассматриваемых нормативных актов, выступать перед аудиторией, вести деловую и научную дискуссию, вырабатывать и формулировать свою точку зрения по обсуждаемым проблемам и аргументировать свое мнение; решать практические правовые задачи.

Раздел комплекса «Семинарские занятия» включает в себя:

- формулировку цели и задач изучения темы, вынесенной на семинар;
- основные термины и понятия по теме, знание которых является одним из обязательных критериев усвоения учебного материала;
- вопросы для обсуждения на семинаре (план семинара);
- упражнения и задачи по темам дисциплины, которые подлежат выполнению студентами;
- темы докладов (рефератов) по каждой теме;
- рекомендованные источники и литературу по каждой теме.

Как правило, семинары проводятся в виде:

- развернутой беседы – обсуждения (**дискуссии**), основанного на подготовке всей группы ко всем вопросам и максимальном участии студентов в обсуждении вопросов темы семинара;
- устных докладов с последующим их обсуждением;
- обсуждения письменных рефератов, заранее подготовленных студентами по заданию преподавателя;
- семинара-деловой игры, представляющей собой форму воссоздания (моделирования) определенной правовой ситуации; в деловой игре студент выполняет деятельность, сочетающую в себе учебные и профессиональные элементы;
- работы с правовыми актами и документами – включая ознакомление с образцами документов и подготовку проектов правовых документов.

Форма семинарского занятия определяется преподавателем.

Подготовка студентов к семинару включает в себя:

- изучение рекомендованных по теме нормативных правовых актов, лекционного материала, учебников и учебных пособий, дополнительной литературы и иного материала;
- подготовку докладов, сообщений, выступлений на групповых занятиях;
- написание рефератов;
- выполнение упражнений и решение задач по теме семинара;
- выполнение конкретных заданий преподавателя.

По результатам каждого семинара преподаватель оценивает работу студентов по десятибалльной системе.

Основные критерии положительной оценки работы студента на семинарском занятии:

- достаточный объем знаний, практических умений и навыков по теме семинара;
- усвоение рекомендованных по теме нормативных правовых актов, основной литературы;
- владение правовой и научной терминологией;
- умение ориентироваться в теориях, концепциях и направлениях по изучаемой теме и давать им аналитическую оценку;
- умение делать обобщения и обоснованные выводы;
- владение правовыми методами, умение их использовать в решении учебных и профессиональных задач;
- правильное и полное выполнение упражнений и решение задач по теме семинара;
- активное участие в обсуждении рассматриваемых на семинаре проблем;
- подготовка доклада, реферата, других заданий преподавателя.

ЗАНЯТИЕ 1

Тема 1. Предмет и задачи судебной психиатрии. Организационно-правовое обеспечение судебной психиатрии

1. Понятие, предмет и метод судебной психиатрии.
2. Цели и задачи судебной психиатрии.
3. Исторические аспекты развития судебной психиатрии в Республике Беларусь и за рубежом.
4. Оказание психиатрической помощи в Республике Беларусь.
5. Законодательные акты, регламентирующие назначение судебно-психиатрические экспертизы.
6. Основание, порядок и назначение судебно-психиатрической экспертизы.

7. Виды судебно-психиатрических экспертиз.
8. Права и обязанности эксперта.
9. Общая структура организации судебно-психиатрической службы.

Темы рефератов

1. История судебной психиатрии в Республике Беларусь и за рубежом.
2. Значение судебной психиатрии в кругу медицинских и юридических наук.
3. Организационно-правовые особенности судебно-психиатрических экспертиз в Республике Беларусь.

Рекомендуемые источники

1. Уголовно-процессуальный кодекс Республики Беларусь: Кодекс Респ. Беларусь от 16 июля 1999 г. № 295-З: в ред. Закона Респ. Беларусь от 13.07.2012 № 417-З // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр». – Минск, 2014.
2. Уголовный кодекс Республики Беларусь: Кодекс Респ. Беларусь от 9 июля 1999 г. № 275-З: в ред. Закона Респ. Беларусь от 26.10.2012 № 435-З // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр». – Минск, 2014.
3. Гражданский процессуальный кодекс Республики Беларусь: Кодекс Респ. Беларусь от 11 янв. 1999 г. № 238-З: в ред. Закона Респ. Беларусь от 12.07.2013 № 55-З // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр». – Минск, 2014.
4. Гражданский кодекс Республики Беларусь: Кодекс Респ. Беларусь от 7 янв. 1998 г. № 218-З: в ред. Закона Респ. Беларусь от 12.07.2013 № 55-З // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр». – Минск, 2014.
5. Кодекс Республики Беларусь об административных правонарушениях: Кодекс Респ. Беларусь от 21 апр. 2003 г. № 194-З: в ред. Закона Респ. Беларусь от 12.07.2013 № 64-З // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр». – Минск, 2014.
6. Кодекс Республики Беларусь о браке и семье: Кодекс Респ. Беларусь от 9 июля 1999 г. № 278-З: в ред. Закона Респ. Беларусь от 12.12.2013, № 84-З // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр». – Минск, 2014.
7. Об оказании психиатрической помощи: Закон Респ. Беларусь от 7 янв. 2012 г. № 349-З // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр». – Минск, 2014.
8. Об утверждении положения об экспертно-квалификационной комиссии государственного комитета судебных экспертиз Республики

Беларусь: постановление государственного комитета судебных экспертиз Респ. Беларусь от 18 нояб. 2013 г. № 2 // Консультант Плюс: Беларусь. Технология [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр». – Минск, 2014.

9. Об оказании психологической помощи: Закон Респ. Беларусь от 1 июля 2010 г. № 349-3 // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр». – Минск, 2014.

10. Каннабих, Ю.В. История психиатрии / Ю.В. Каннабих. – М., 1928 (существует электронная версия).

11. Морозов, Г.В. Основные этапы развития отечественной судебной психиатрии / Г.В. Морозов, Д.Р. Лунц, Н.И. Фелинская. – М.: Медицина, 1976.

14. Подготовка и назначение судебных экспертиз: пособие для следователей, судей и экспертов / А.С. Рубис [и др.]. – Минск: Харвест, 2006. – 320 с.

12. Современное уголовное законодательства и судебная психиатрия: пособие для врачей / под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича. – М.: РИО ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 1998.

13. Судебная психиатрия / под ред. Б.В. Шостаковича. – М.: Зерцало, 1997.

ЗАНЯТИЕ 2

Тема 2. Понятие о психическом расстройстве в современной психиатрии. Симптоматика психических расстройств

1. Определение психического расстройства.
2. Норма и патология, здоровье и болезнь в медицине и психиатрии в частности.
3. Причины возникновения психических расстройств.
4. Современная классификация психических расстройств.
5. Принципы диагностики психических расстройств. Клинический и дополнительные методы исследования.
6. Понятия о симптомах и синдромах психических расстройств.
7. Симптомы расстройства восприятия.
8. Симптомы расстройства памяти.
9. Симптомы расстройства мышления.
10. Симптомы расстройства эмоций.
11. Симптомы расстройства волевой деятельности.
12. Основные синдромы психических заболеваний.

Темы рефератов

1. Расстройства восприятия, их формы, синдромы, в состав которых они входят.
2. Расстройства мышления, их формы, синдромы, в состав которых они входят.

3. Бред, его формы, синдромы, в состав которых он входит.
4. Аффективные расстройства, их формы, синдромы, в состав которых они входят.
5. Расстройства памяти, их формы, синдромы, в состав которых они входят.
6. Синдромы нарушения сознания. Клинические критерии нарушения сознания.

Рекомендуемые источники

1. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства / Ю.А. Александровский. – М.: Медицина, 1993.
2. Антонян, Ю.М. Серийные сексуальные преступления / Ю.М. Антонян. – М., 2000. – 238 с.
3. Антонян, Ю.М. Криминальная сексология / Ю.М. Антонян, А.А. Ткаченко, Б.В. Шостакович. – М., 1999. – 450 с.
4. Братусь, Б.С. Аномалии личности / Б.С. Братусь. – М.: Мысль, 1988.
5. Ганнушкин, П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика / П.Б. Ганнушкин. – М.: Север, 1933.
6. Дмитриева, Т.Б. Злоупотребление психоактивными веществами / Т.Б. Дмитриева. – М.: Изд. ГНЦ им. В.П. Сербского, 2000. – С. 300.
7. Зависимое поведение: клиника, динамика, систематика, лечение, профилактика: пособие для врачей / А.О. Бухановский, А.С. Андреев, О.А. Бухановская [и др.]. – Ростов н/Д, 2002.
8. Карвасарский, Б.Д. Неврозы / Б.Д. Карвасарский. – М.: Медицина, 1980.
9. Крафт-Эбинг, Р. Половая психопатия с обращением особого внимания на извращение полового чувства / Р. Крафт-Эбинг. – СПб.: Изд-во журн. «Практическая медицина» В.С. Эттингера, 1909.
10. Леонгард, К. Акцентуированные личности / К. Леонгард. – Киев: Вища школа, 1981.
11. Морозов, Г.В. Дифференциальная диагностика простого и патологического опьянения / Г.В. Морозов, А.К. Качаев, Г.Я. Лукачер. – М., 1973. – С. 86.
12. Мясищев, В.Н. Личность и неврозы / В.Н. Мясищев. – СПб.: Изд-во ЛГУ, 1996.
13. Позднякова, С.П. Клиника, дифференциальная диагностика и судебно-психиатрическое значение алкогольных параноидов / С.П. Позднякова. – М., 1978. – С. 188.
14. Пятницкая, И.Н. Клиническая наркология / И.Н. Пятницкая. – Л.: Медицина, 1975.

15. Сексопатология: справочник / под ред. Г.С. Васильченко. – М.: Медицина, 1990.
16. Семке, В.Я. Истерические состояния / В.Я. Семке. – М.: Медицина, 1988.
17. Собчик, Л.Н. Введение в психологию индивидуальности / Л.Н. Собчик. – М.: Ин-т прикладной психологии, 1998.
18. Судебная психиатрия: учебник / под ред. А.С. Дмитриева, Т.В. Клименко. – М., 1998.
19. Судебная психиатрия: учебник / под ред. Г.В. Морозова. – М.: Юридическая литература, 2000.
20. Судебная психиатрия: учеб. пособие для юрид. вузов / А.С. Дмитриев, Т.В. Клименко. – М., 1996.
21. Судебная психиатрия: учеб. пособие / Т.Б. Дмитриева [и др.]. – М., 2008. – 752 с.
22. Ткаченко, А.А. Комплексная судебная сексолого-психиатрическая экспертиза: подходы к экспертной оценке лиц с парафилиями: метод. рекомендации / А.А. Ткаченко. – М.: РИО ГНЦС и СП им. В.П. Сербского, 1995.
23. Фелинская, Н.И. Реактивные состояния в судебно-психиатрической клинике / Н.И. Фелинская. – М.: Медицина, 1968.
24. Штернберг, Э.Я. Геронтологическая психиатрия / Э.Я. Штернберг. – М.: Медицина, 1977.
25. Энтин, Г.М. Лечение алкоголизма и организация наркологической помощи / Г.М. Энтин. – М.: Медицина, 1979.

ЗАНЯТИЕ 3

Тема. Болезни зависимого поведения

1. Химические (алкоголизм, наркомания и токсикомания) и нехимические (гемблинг, интернетзависимость, сексуальные перверзии и др.) формы зависимости.
2. Алкоголизм. Изменения личности при алкоголизме. Простое алкогольное и патологическое опьянение, их судебно-психиатрическая оценка. Алкогольные психозы.
3. Основные формы наркоманий и токсикоманий. Клиника, течение, судебно-психиатрическая оценка в гражданском и уголовном процессе.
4. Судебно-психиатрическая оценка.

Темы рефератов

1. Белая горячка (алкогольный делирий).
2. Алкоголизм у женщин и детей.
3. Современные подходы к лечению алкоголизма.
4. Вещества, вызывающие зависимость.

5. Наркомания и токсикомания: профилактика, подходы к лечению.
6. Роль психической травмы в происхождении психических расстройств.

Рекомендуемая литература

1. Антонян, Ю.М. Криминальная сексология / Ю.М. Антонян, А.А. Ткаченко, Б.В. Шостакович. – М.: Изд. Спарк, 1999. – 450 с.
2. Антонян, Ю.М. Серийные сексуальные преступления / Ю.М. Антонян. – М.: Изд. Щит, 2000. – 238 с.
3. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства / Ю.А. Александровский. – М.: Медицина, 1993.
4. Братусь, Б.С. Аномалии личности / Б.С. Братусь. – М.: Мысль, 1988.
5. Ганнушкин, П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика / П.Б. Ганнушкин. – М.: Север, 1933.
6. Дмитриева, Т.Б. Злоупотребление психоактивными веществами / Т.Б. Дмитриева. – М.: Изд. ГНЦ им. В.П. Сербского, 2000. – С. 300.
7. Зависимое поведение: клиника, динамика, систематика, лечение, профилактика: пособие для врачей / А.О. Бухановский, А.С. Андреев, О.А. Бухановская [и др.]. – Ростов н/Д, 2002.
8. Карвасарский, Б.Д. Неврозы / Б.Д. Карвасарский. – М.: Медицина, 1980.
9. Крафт-Эбинг, Р. Половая психопатия с обращением особого внимания на извращение полового чувства / Р. Крафт-Эбинг. – СПб.: Изд-во журн. «Практическая медицина» В.С. Эттингера, 1909.
10. Леонгард, К. Акцентуированные личности / К. Леонгард. – Киев: Вища школа, 1981.
11. Мясищев, В.Н. Личность и неврозы / В.Н. Мясищев. – СПб.: Изд-во ЛГУ, 1996.
12. Позднякова, С.П. Клиника, дифференциальная диагностика и судебно-психиатрическое значение алкогольных параноидов / С.П. Позднякова. – М., 1978. – С. 188.
13. Пятницкая, И.Н. Клиническая наркология / И.Н. Пятницкая. – Л.: Медицина, 1975.
14. Сексопатология: справочник / под ред. Г.С. Васильченко. – М.: Медицина, 1990.
15. Семке, В.Я. Истерические состояния / В.Я. Семке. – М.: Медицина, 1988.
16. Собчик, Л.Н. Введение в психологию индивидуальности / Л.Н. Собчик. – М.: Ин-т прикладной психологии, 1998.
17. Судебная психиатрия: учеб. пособие / Т.Б. Дмитриева [и др.]. – М., 2008. – 752 с.
18. Судебная психиатрия: учебник / под ред. Г.В. Морозова. – М.: Юридическая литература, 2000.

19. Судебная психиатрия: учебник / под ред. А.С. Дмитриева, Т.В. Клименко. – М., 1998.

20. Судебная психиатрия: учеб. пособие для юрид. вузов / А.С. Дмитриев, Т.В. Клименко. – М., 1996.

21. Ткаченко, А.А. Комплексная судебная сексолого-психиатрическая экспертиза: подходы к экспертной оценке лиц с парафилиями: метод. рекомендации / А.А. Ткаченко. – М.: РИО ГНЦС и СП им. В.П. Сербского, 1995.

22. Фелинская, Н.И. Реактивные состояния в судебно-психиатрической клинике / Н.И. Фелинская. – М.: Медицина, 1968.

23. Штернберг, Э.Я. Геронтологическая психиатрия / Э.Я. Штернберг. – М.: Медицина, 1977.

24. Энтин, Г.М. Лечение алкоголизма и организация наркологической помощи / Г.М. Энтин. – М.: Медицина, 1979.

ЗАНЯТИЕ 4

Тема 4. Шизофрения. Маниакально-депрессивный психоз. Эпилепсия

1. Современное определение шизофрении.
2. Клиника шизофрении, основные и дополнительные диагностические симптомы.
3. Классификация шизофрении, формы и течение болезни. Понятие о дефекте и ремиссии при шизофрении.
4. Судебно-психиатрическая оценка шизофрении и бредовых расстройств.
5. Маниакально-депрессивный психоз. Клиника, течение, судебно-психиатрическая оценка в уголовном и гражданском процессе.
6. Эпилепсия. Клиника, течение, судебно-психиатрическая оценка в гражданском и уголовном процессе.
7. Формы эпилептических пароксизмов. Дифференциальная диагностика, судебно-психиатрическая оценка.

Темы рефератов

1. Развитие концепции шизофрении.
2. Современные представления об этиологии и патогенезе шизофрении.
3. Современные патогенетические подходы к лечению шизофрении.
4. Социальная адаптация пациентов, страдающих шизофренией в Республике Беларусь, России и за рубежом.
5. Шизоидная акцентуация характера и шизоидная психопатия (расстройство личности): отграничение от шизофрении.
6. Шизоаффективный психоз: отграничение от шизофрении.

Рекомендуемая литература

1. Бухановский, А.О. Общая психопатология / А.О. Бухановский. – Ростов н/Д: Изд. Феникс. – 1998. – 436 с.
2. Каплан, Г.И. Клиническая психиатрия / Г.И. Каплан, Б.Дж. Сэддок. – М.: Медицина, 1994. – Т. 1–2.
3. Карлов, В.А. Эпилепсия / В.А. Карлов. – М.: Медицина, 1990. – 336 с.
4. Мальцева, М.М. Опасные действия психически больных / М.М. Мальцева, В.П. Котов. – М.: Медицина, 1995.
5. Международная классификация болезней 10-го пересмотра. Кл. 5. Психические расстройства и расстройства поведения. – М.: РИО ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 1998.
6. Международная классификация болезней. Классификация психических и поведенческих расстройств. – СПб.: ВОЗ, 1994.
7. Петраков, Б.Д. Эпидемиология психических расстройств / Б.Д. Петраков, Б.Д. Цыганков. – М.: НЦПЗ РАМН, 1996.
8. Психиатрия / О.В. Кербиков [и др.]. – М.: Медицина, 1968.
9. Смулевич, А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния / А.Б. Смулевич. – М.: Медицина, 1987. – 257 с.
10. Судебная психиатрия: учеб. пособие / Т.Б. Дмитриева [и др.]. – М., 2008. – 752 с.
11. Судебная психиатрия: учебник для вузов / Н.М. Жариков, Г.В. Морозов, Д.Ф. Хритинин. – М., 1997.
12. Судебная психиатрия: учебник / под ред. А.С. Дмитриева, Т.В. Клименко. – М., 1998.
13. Судебная психиатрия: учеб. пособие для юрид. вузов / А.С. Дмитриев, Т.В. Клименко. – М., 1996.
14. Тиганов, А.С. Шизофрения: руководство по психиатрии / А.С. Тиганов. – М., 1999. – Т. 1. – С. 407–553.

ЗАНЯТИЕ 5

Тема 5. Олигофрения

1. Олигофрения и деменция – их характеристики и прогностический аспект.
2. Психические расстройства вследствие черепно-мозговых травм. Клиника, течение, судебно-психиатрическая оценка в гражданском и уголовном процессе.
3. Психические расстройства позднего возраста. Клиника, течение, судебно-психиатрическая оценка в гражданском и уголовном процессе.
4. Психические расстройства вследствие атеросклероза сосудов головного мозга.

5. Клиника, течение, судебно-психиатрическая оценка в гражданском и уголовном процессе.

6. Болезнь Альцгеймера, болезнь Пика.

7. Умственная отсталость. Этиология. Формы. Клиника, течение, судебно-психиатрическая оценка в гражданском и уголовном процессе.

8. Состояния, имитирующие умственную отсталость. Дифференциальный диагноз. Течение, судебно-психиатрическая оценка в гражданском и уголовном процессе.

9. Психические расстройства вследствие черепно-мозговых травм. Клиника, течение, судебно-психиатрическая оценка в гражданском и уголовном процессе.

Темы рефератов

1. Формы олигофрении.

2. Психические расстройства вследствие черепно-мозговых травм.

3. Психические расстройства позднего возраста.

4. Генетическая патология в генезе умственной отсталости.

5. Состояния, имитирующие умственную отсталость у детей.

6. Дифференциально-диагностические критерии глубины умственной отсталости.

7. Меры профилактики умственной отсталости.

8. Психические расстройства вследствие черепно-мозговых травм.

Рекомендуемая литература

1. Авруцкий, Г.Я. Неотложная помощь в психиатрии / Г.Я. Авруцкий. – М.: Медицина, 1979.

2. Исаев, Д.Н. Психическое недоразвитие у детей / Д.Н. Исаев. – Л.: Медицина, 1982.

3. Каплан, Г.И. Клиническая психиатрия / Г.И. Каплан, Б.Дж. Сэдок. – М.: Медицина, 1998.

4. Ковалев, В.В. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей / В.В. Ковалев. – М.: Медицина, 1995.

5. Личко, А.Е. Подростковая психиатрия / А.Е. Личко. – Л.: Медицина, 1985.

6. Международная классификация болезней 10-го пересмотра. Кл. 5. Психические расстройства и расстройства поведения. – М.: РИО ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 1998.

7. Подростковая судебная психиатрия / под ред. В.А. Гурьевой. – М.: РИО ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 1998.

8. Штернберг, Э.Я. Геронтологическая психиатрия / Э.Я. Штернберг. – М.: Медицина, 1977.

ЗАНЯТИЕ 6

Тема 6. Судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном процессе. Особенности экспертизы несовершеннолетних

1. Понятие о вменяемости и невменяемости.
2. Критерии невменяемости в уголовном законодательстве.
3. Медицинский и юридический критерии невменяемости.
4. Ограниченная вменяемость.
5. Освобождение от наказания в связи с психическим заболеванием.
6. Психиатрическая экспертиза свидетелей и потерпевших.
7. Понятие о пенитенциарной (тюремной) психиатрии.
8. Особенности судебно-психиатрического освидетельствования осужденных.
9. Правовое положение несовершеннолетних.
10. Относительная уголовная ответственность несовершеннолетних.
11. Судебно-психиатрические и комплексные психолого-психиатрические экспертизы обвиняемых, свидетелей и потерпевших несовершеннолетних.

Темы рефератов

1. Вопросы вменяемости и невменяемости.
2. Психиатрическая экспертиза (обвиняемого, свидетеля, потерпевшего).
3. Ограниченная вменяемость.

Рекомендуемые источники

1. Конституция Республики Беларусь 1994 года (с изменениями и дополнениями, принятыми на республиканских референдумах 24 ноября 1996 г. и 17 октября 2004 г.). – Минск: Амалфея, 2007. – 48 с.
2. Уголовно-процессуальный кодекс Республики Беларусь: Кодекс Респ. Беларусь от 16 июля 1999 г. № 295-3: в ред. Закона Респ. Беларусь от 13.07.2012 № 417-3 // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр». – Минск, 2014.
3. Уголовный кодекс Республики Беларусь: Кодекс Респ. Беларусь от июля 1999 г. № 275-3: в ред. Закона Респ. Беларусь от 26.10.2012 № 435-3 // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр». – Минск, 2014.
4. Об оказании психиатрической помощи: Закон Респ. Беларусь от 7 янв. 2012 г. № 349-3 // Консультант Плюс. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. Центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2014.

ЗАНЯТИЕ 7

Тема 7. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе

1. Правоспособность и дееспособность.
2. Полная и частичная дееспособность.
3. Понятие о недееспособности в отечественном гражданском законодательстве.
4. Критерии недееспособности.
5. Опекa.
6. Понятие об ограниченной дееспособности в отечественном гражданском законодательстве.
7. Попечительство.
8. Экспертиза по вопросу о недействительности сделок.
9. Завещательная дееспособность.
10. Другие вопросы, подлежащие разрешению эксперта-психиатра.
11. Особенности психических расстройств у несовершеннолетних.
12. Судебно-психиатрические и комплексные психолого-психиатрические экспертизы несовершеннолетних.

Темы рефератов

1. Полная и частичная дееспособность.
2. Опекa и попечительство.
3. Экспертизы по гражданским, семейным и трудовым делам.

Рекомендуемые источники

1. Конституция Республики Беларусь 1994 года (с изменениями и дополнениями, принятыми на республиканских референдумах 24 ноября 1996 г. и 17 октября 2004 г.). – Минск: Амалфея, 2007. – 48 с.
2. Гражданский процессуальный кодекс Республики Беларусь: Кодекс Респ. Беларусь 11 января 1999 г. № 238-З: в ред. Закона Респ. Беларусь от 12.07.2013 № 55-З // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр». – Минск, 2014.
3. Гражданский кодекс Республики Беларусь: Кодекс Респ. Беларусь от 7 янв. 1998 г. № 218-З: в ред. Закона Респ. Беларусь от 12.07.2013 № 55-З // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр». – Минск, 2014.
4. Кодекс Республики Беларусь о браке и семье: Кодекс Респ. Беларусь от 9 июля 1999 г. № 278-З: в ред. Закона Респ. Беларусь от 12.12.2013, № 84-З // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр». – Минск, 2014.

5. Об оказании психиатрической помощи: Закон Респ. Беларусь от 7 янв. 2012 г. № 349-З // Консультант Плюс. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2014.

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ ПОД КОНТРОЛЕМ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ (СРК)

Самостоятельная работа студентов под контролем преподавателя направлена на усвоение материала самостоятельно студентом с последующим контролем преподавателя. Студент обязан подготовить реферат или доклад по теме самостоятельной работы и предоставить ее преподавателю. Преподаватель проверяет реферат либо доклад и в аудиторные дни студент докладывает реферат группе для обсуждения, по итогам которого преподаватель выставляет оценку.

ТЕМЫ СРК

Тема 1. Слабоумие (умственная отсталость врожденная). Судебно-психиатрическая характеристика расстройств психического развития человека

1. Олигофрения как врожденная форма снижения умственных способностей.
2. Дебильность – как одна из клинических форм слабоумия.

Тема 2. Слабоумие (приобретенная умственная отсталость). Судебно-психиатрическая оценка различных поражений головного мозга

1. Деменция как приобретенное снижение умственных способностей.
2. Поражения головного мозга.

ПРИМЕРНЫЕ ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ

1. Судебная психиатрия как прикладная отрасль медицинской науки – психиатрии. Задачи судебной психиатрии.
2. Задачи судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе.
3. Задачи судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе.
4. Понятие о дееспособности и недееспособности. Правовые последствия признания гражданина недееспособным. Опекунство и его назначение.
5. Основания для назначения судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе.
6. Понятие о невменяемости.
7. Права и обязанности психиатра-эксперта.
8. Понятие об «ограниченной вменяемости» – ст. 22 УК РФ. Медицинский (психиатрический) и юридический критерии «ограниченной вменяемости». Правовые последствия «ограниченной вменяемости».
9. Судебно-психиатрическая экспертиза потерпевших и свидетелей.
10. Виды судебно-психиатрических экспертиз. Амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза.
11. Стационарная судебно-психиатрическая экспертиза. Порядок ее назначения. Виды стационарных судебно-психиатрических отделений.
12. Заочная и посмертная судебно-психиатрическая экспертизы.
13. Меры медицинского характера в отношении лиц, признанных невменяемыми. Порядок назначения и отмены.
14. Принципы выбора вида принудительных мер медицинского характера в отношении невменяемых.
15. Виды мер медицинского характера в отношении невменяемых.
16. Принудительные меры медицинского характера при алкоголизме и наркомании (ст. 97, 99 УК РФ).
17. Медицинский критерий невменяемости (ст. 21 УК РФ).
18. Юридический (психологический) критерий невменяемости (ст. 21 УК РФ).
19. Понятие о пенитенциарной психиатрии.
20. Особенности назначения и экспертной оценки психических расстройств у осужденных.
21. Понятие о «беспомощном состоянии» потерпевшего. Судебно-психиатрическая оценка «беспомощного состояния».
22. Подготовка следователем материалов, которые необходимы для проведения судебно-психиатрической экспертизы.
23. Основные вопросы, которые могут ставиться следствием и (или) судом при назначении судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе.
24. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. Круг вопросов, решаемых этой экспертизой.
25. Комплексная сексолого-психиатрическая экспертиза. Вопросы, которые решает эта экспертиза.

26. Понятие о комплексных судебных экспертизах. Компетенция экспертов разных специальностей в комплексных экспертизах.
27. Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Возможность проведения судебно-психиатрической экспертизы при правовых спорах, связанных с этим законом.
28. Судебно-психиатрическая экспертиза по признанию сделок недействительными в гражданском процессе.
29. Понятие опасности психических расстройств.
30. Особенности участия лица с психическими расстройствами в производстве по делу. «Уголовно-процессуальная дееспособность».
31. Судебно-психиатрическая оценка «завещательной дееспособности».
32. Основания для выбора вида судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе.
33. Оценка заключения (акта) судебно-психиатрической экспертизы судом. Определение суда о признании обвиняемого вменяемым или невменяемым и назначении мер медицинского характера в отношении невменяемого или «ограниченно вменяемого».
34. Повторные и дополнительные судебно-психиатрические экспертизы. Основания для их назначения. Особенности проведения таких экспертиз.
35. Расстройства привычек и влечений. Пиромания, kleптомания, дромо-мания, гемблинг и другие. Судебно-психиатрическое значение.
36. Расстройства восприятия. Иллюзии, галлюцинации, другие симптомы расстройства восприятия.
37. Расстройства настроения. Мания, депрессия, дисфория, эйфория и другие.
38. Расстройства памяти. Виды амнезий, их судебно-психиатрическое значение.
39. Расстройства мышления. Вязкость, резонерство, разорванность, ускоренность и замедленность. Паралогичное мышление. Значение для судебно-психиатрической диагностики.
40. Бредовые расстройства. Сверхценные и навязчивые идеи. Роль патологических идей в опасном поведении больных.
41. Виды слабоумия. Врожденное и приобретенное слабоумие. Значение для судебной психиатрии.
42. Понятие о психическом расстройстве. Классификация психических расстройств.
43. Расстройства волевой деятельности.
44. Формы течения шизофрении. Непрерывная, приступообразно-прогредиентная, рекуррентная. Шизотипическое расстройство (вялотекущая шизофрения). Понятие дефекта и ремиссии при шизофрении.
45. Алкоголизм. Стадии алкогольной болезни. Судебно-психиатрическая оценка.
46. Простое и патологическое алкогольное опьянение. Судебно-психиатрическая оценка.
47. Психические расстройства при злоупотреблении психоактивными веществами. Токсикомании и наркомании. Клинические варианты нар-

- команий. Гашишизм. Опиомания. Героинизм. Кокаинизм. Другие виды наркоманий. Значение наркоманий для судебной психиатрии.
48. Судебно-психиатрическое значение эпилепсии.
 49. Психические расстройства при травмах головного мозга и их судебно-психиатрическая оценка.
 50. Понятие о психоорганическом синдроме.
 51. Психические расстройства сосудистого происхождения и их судебно-психиатрическое значение.
 52. Судебно-психиатрическая оценка шизофрении.
 53. Старческое слабоумие. Судебно-психиатрическая оценка.
 54. Судебно-психиатрическое значение и оценка умственной отсталости.
 55. Клинические проявления и классификация умственной отсталости. Судебно-психиатрическая оценка дебильности.
 56. Клинические варианты расстройств личности (психопатий). Их судебно-психиатрическое значение.
 57. Понятие о динамике расстройств личности (психопатий). Компенсация и декомпенсация психопатий. Судебно-психиатрическая оценка динамики психопатий.
 58. Понятие о физиологическом и психологическом аффекте.
 59. «Исключительные состояния» и их судебно-психиатрическая оценка.
 60. Симуляция и диссимуляция. Методы распознавания симуляции и диссимуляции.
 61. Психогенные (реактивные) состояния. Клинические проявления. Основные варианты истерических и эндоформных реактивных состояний. Экспертная оценка.
 62. Маниакально-депрессивный психоз (биполярное психическое расстройство). Судебно-психиатрическое значение.
 63. Особенности судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних. Понятие о патологическом пубертатном кризе.
 64. Судебно-психиатрическое значение депрессивного синдрома. Понятие о «расширенном самоубийстве».
 65. Алкогольные психозы. Судебно-психиатрическое значение и оценка.
 66. Пароксизмальные синдромы. Эпилептический припадок, сумеречное расстройство сознания, абсанс, малый припадок. Их судебно-психиатрическое значение.
 67. Расстройства сознания. Их судебно-психиатрическое значение.
 68. Расстройства сексуального влечения. Садомазохизм, педофилия, эфебофилия, геронтофилия, эксгибиционизм, фетишизм и другие. Судебно-психиатрическое значение расстройств сексуального влечения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

Нормативные и правовые источники

1. Конституция Республики Беларусь 1994 года (с изменениями и дополнениями, принятыми на республиканских референдумах 24 ноября 1996 г. и 17 октября 2004 г.). – Минск: Амалфея, 2007. – 48 с.

2. Аб зацвярджэнні пагаднення аб супрацоўніцтве дзяржаў-удзельніц Садружнасці незалежных дзяржаў у барацьбе з незаконным абаротам наркатыхчых сродкаў, псіхатропных рэчываў і прэкурсораў. Пастанова Савета Міністраў Рэспублікі Беларусь ад 6 красав. 2001 г. № 473. // Консультант Плюс. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2014.

3. Уголовно-процессуальный кодекс Республики Беларусь: Кодекс Респ. Беларусь от 16 июля 1999 г. № 295-З: в ред. Закона Респ. Беларусь от 13.07.2012 г. № 417-З // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр». – Минск, 2014.

4. Уголовный кодекс Республики Беларусь: Кодекс Респ. Беларусь от 9 июля 1999 г. № 275-З: в ред. Закона Респ. Беларусь от 26.10.2012 г. № 435-З // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр». – Минск, 2014.

5. Гражданский процессуальный кодекс Республики Беларусь: Кодекс Респ. Беларусь от 11 янв. 1999 г. № 238-З: в ред. Закона Респ. Беларусь от 12.07.2013 г. № 55-З // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр». – Минск, 2014.

6. Гражданский кодекс Республики Беларусь: Кодекс Респ. Беларусь от 7 янв. 1998 г. № 218-З: в ред. Закона Респ. Беларусь от 12.07.2013 г. № 55-З // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр». – Минск, 2014.

7. Кодекс Республики Беларусь об административных правонарушениях: Кодекс Респ. Беларусь от 21 апр. 2003 г. № 194-З: в ред. Закона Респ. Беларусь от 12.07.2013 г. № 64-З // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр». – Минск, 2014.

8. Кодекс Республики Беларусь о браке и семье: Кодекс Респ. Беларусь от 9 июля 1999 г. № 278-З: в ред. Закона Респ. Беларусь от 12.12.2013 г. № 84-З // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр». – Минск, 2014.

9. О здравоохранении: Закон Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХП (в ред. Закона от 10.07.2012 г.) // Консультант

Плюс. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2014.

10. Об оказании психиатрической помощи: Закон Респ. Беларусь от 7 янв. 2012 г. № 349-3 // Консультант Плюс. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2014.

11. О наркотических средствах, психотропных веществах и их прекурсорах и аналогах: Закон Респ. Беларусь от 13 июля 2012 г. № 408-3: // Консультант Плюс. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2014.

12. Об утверждении Положения о Межведомственной комиссии по вопросам судебно-экспертной деятельности при Совете Безопасности Республики Беларусь и ее состава: Указ Президента Республики Беларусь от 17 окт. 2003 г. № 457 // Консультант Плюс. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2014.

13. Вопросы государственного комитета экспертиз Указ Президента Республики Беларусь от 1 июля 2013 г. № 292 (в ред. Указа от 24.01.2014 г.) // Консультант Плюс. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2014.

14. О некоторых мерах по совершенствованию судебно-экспертной деятельности: Указ Президента Республики Беларусь от 14 сент. 2003 г. № 407 (в ред. Указа от 01.07.2013 г.) // Консультант Плюс. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2014.

15. Об утверждении перечня наркотических средств и психотропных веществ, их аналогов, обнаруживаемых в незаконном обороте, с их количественными оценками: постановление Совета Министров Респ. Беларусь от 24 нояб. 2000 г. № 1785. (ред. от 18.10.2012 г.) // Консультант Плюс. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2014.

16. О судебной практике по делам о преступлениях, связанных с наркотическими средствами, психотропными веществами и их прекурсорами и аналогами, сильнодействующими и ядовитыми веществами (ст. 327–334 УК): постановление Пленума Верховного Суда Республики Беларусь от 26 марта 2003 г. № 1 (в ред. постановления от 27.03.2014 г.) // Консультант Плюс. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2014.

17. О судебной экспертизе по уголовным делам: постановление Пленума Верховного Суда Республики Беларусь от 29 марта 2001 г.

№ 1 (в ред. постановления от 29 марта 2012 г.) // Консультант Плюс. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2014.

18. Об утверждении нормативных правовых актов, регламентирующих деятельность судебно-психиатрических экспертных стационаров: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь, Министерства внутренних дел Республики Беларусь, Комитета государственной безопасности Республики Беларусь, Государственной службы медицинских судебных экспертиз Республики Беларусь от 27 янв. 2006 г. № 2/9/3/1. // Консультант Плюс. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2014.

19. Об утверждении Республиканского перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих государственному контролю в Республике Беларусь: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 мая 2003 г. № 26 (ред. от 12.05.2014 г.) // Консультант Плюс. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2014.

Ведомственные приказы и инструкции

1. Инструкция о порядке оказания медицинской помощи, в том числе психиатрической, лицам, содержащимся под стражей: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.01.2004 № 4 // Консультант Плюс. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2014.

2. Положение о подростковом наркологическом кабинете: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.08.2003 № 38 (ред. 17.12.2007 г.). // Консультант Плюс. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2014.

3. Инструкция о порядке производства судебно-психиатрической экспертизы в Республике Беларусь. Приложение № 1 к приказу ГСМСЭ № 56-с. – Минск, 2002. – 6 с.

4. Инструкция о производстве судебно-психологической экспертизы в Республике Беларусь. Приложение № 5 к приказу ГСМСЭ № 56-с. – Минск, 2002. – 8 с.

5. Методические указания по составлению заключения судебно-психиатрической экспертизы. Приложение № 2 к приказу ГСМСЭ № 56-с. – Минск, 2002. – 4 с.

6. Правила производства стационарной судебно-психиатрической экспертизы в Республике Беларусь. Приложение № 4 к приказу ГСМСЭ № 56-с. – Минск, 2002. – 6 с.

7. Правила производства амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы в Республике Беларусь. Приложение № 3 к приказу ГСМСЭ № 56-с. – Минск, 2002. – 6 с.

8. Инструкция о порядке госпитализации из судебно-психиатрических экспертных стационаров лиц, в отношении которых назначена стационарная судебно-психиатрическая экспертиза. Приложение к приказу ГСМСЭ № 56-с. – Минск, 2002. – 7 с.

9. Инструкция о порядке помещения, содержания и выписки из судебно-психиатрических экспертных стационаров лиц, не содержащихся под стражей. Приложение к приказу ГСМСЭ № 56-с. – Минск, 2002. – 8 с.

10. Положение о государственном судебно-медицинском эксперте Республики Беларусь. Приложение к приказу ГСМСЭ № 56-с. – Минск, 2002. – 3 с.

11. Инструкция о порядке выявления, учета, обследования и лечения несовершеннолетних, употребляющих спиртные напитки, наркотические средства, психотропные либо иные одурманивающие вещества: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.08.2003 г. № 38 / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2014.

Основная учебная литература

1. Абрамович, Г.Б. Эпилептические психозы у детей и подростков / Г.Б. Абрамович, Р.А. Харитонов. – Л.: Медицина, 1979. – 142 с.

2. Авербух, Е.С. Неврозы и неврозоподобные состояния в позднем возрасте / Е.С. Авербух, М.Э. Телешевская. – Л.: Медицина, 1976. – 159 с.

3. Авруцкий, Г.Я. Неотложная помощь в психиатрии / Г.Я. Авруцкий. – М.: Медицина, 1979. – 191 с.

4. Авруцкий, Г.Я. Лечение психически больных / Г.Я. Авруцкий, А.А. Недува. – М.: Медицина, 1981. – 496 с.

5. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства / Ю.А. Александровский. – М.: Медицина, 1993. – 400 с.

6. Александровский, Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация / Ю.А. Александровский. – М.: Наука, 1979. – 272 с.

7. Алимов, Х.А. Рекуррентная шизофрения / Х.А. Алимов, И.Х. Монасыпова. – Ташкент: Медицина, 1982. – 169 с.

8. Амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза: пособие для врачей / Т.П. Печерникова [и др.]. – М., 1997.

9. Антонян, Ю.М. Серийные сексуальные преступления / Ю.М. Антонян [и др.]. – М.: Изд. Щит, 2000. – 238 с.
10. Антонян, Ю.М. Преступники с умственной отсталостью / Ю.М. Антонян, А.А. Ткаченко. – М., 1993.
11. Антонян, Ю.М. Криминальная сексология / Ю.М. Антонян, А.А. Ткаченко, Б.В. Шостакович. – М.: Изд. Спарк, 1999. – 450 с.
12. Антонян, Ю.М. Преступное поведение и психические аномалии / Ю.М. Антонян, С.В. Бородин. – М.: Изд. Спарк, 1998. – 215 с.
13. Асанова, Н.К. Руководство по предупреждению насилия над детьми: учеб. пособие для психологов, детских психиатров, психотерапевтов, студ. пед. вузов / Н.К. Асанова. – М.: Владос, 1997. – 512 с.
14. Барденштейн, Л.М. Патологическое гетероагрессивное поведение у подростков / Л.М. Барденштейн, Ю.Б. Можгинский. – М.: Изд. «Зеркало-М», 2000. – 300 с.
15. Башина, В.М. Ранняя детская шизофрения / В.М. Башина. – М.: Медицина, 1980. – 247 с.
16. Березин, Ф.Б. Психическая и психопатологическая адаптация человека / Ф.Б. Березин. – Л.: Наука, 1988. – 270 с.
17. Болдырев, А.И. Психические особенности больных эпилепсией / А.И. Болдырев. – М.: Медицина, 2000. – С. 370.
18. Болдырев, А.И. Эпилепсия у взрослых / А.И. Болдырев. – М.: Медицина, 1984. – 288 с.
19. Болдырев, А.И. Эпилептические синдромы / А.И. Болдырев. – М.: Медицина, 1976. – 264 с.
20. Братусь, Б.С. Аномалии личности / Б.С. Братусь. – М.: Мысль, 1988. – 301 с.
21. Бронин, С.Я. Малая психиатрия большого города / С.Я. Бронин. – М.: Закат, 1998. – 272 с.
22. Бухановский, А.О. Общая психопатология / А.О. Бухановский [и др.]. – Ростов н/Д.: Изд. Феникс, – 1998. – 436 с.
23. Бэрн, Р. Агрессия / Р. Бэрн, Д. Ричардсон. – СПб.: Питер-паблишинг, 1997. – 336 с.
24. Васильев, В.Л. Юридическая психология / В.Л. Васильев. – СПб.: ПитерПресс, 1997. – 650 с.
25. Вроно, М.Ш. Шизофрения у детей и подростков / М.Ш. Вроно. – М.: Медицина, 1971. – 128 с.
26. Ганнушкин, П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика и систематика. Избранные труды / П.Б. Ганнушкин. – М., 1964.
27. Ганнушкин, П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика / П.Б. Ганнушкин. – М.: Север, 1933.
28. Геодакян, В.А. Эволюционная теория пола / В.А. Геодакян // Природа. – 1991. – № 8.

29. Гиндикин, В.Я. Личностная патология / В.Я. Гиндикин, В.А. Гурьева. – М.: Триада-Х, 1999. – 266 с.
30. ГНЦ социальной и судебной психиатрии. Очерки истории / под ред. Т.Б. Дмитриевой и Ф.В. Кондратьева. – М., 1996. – 227 с.
31. Гордова, Т.Н. Отдаленный период закрытой черепно-мозговой травмы в судебно-психиатрическом аспекте / Т.Н. Гордова. – М., 1973. – С. 134.
32. Горинов, В.В. Клинические варианты динамики олигофрении и их судебно-психиатрическое значение: метод. рекомендации / В.В. Горинов. – М., 1988.
33. Гульдман, В.В. Мотивация преступного поведения психопатических личностей: Криминальная мотивация / В.В. Гульдман. – М.: Наука, 1986. – С. 189–250.
34. Гульман, Б.Л. Сексуальные преступления / Б.Л. Гульман. – Харьков: ИМП «Рубикон», 1994.
35. Гурьева, В.А. Юношеские психопатии и алкоголизм / В.А. Гурьева, В.Я. Гиндикин. – М., 1980. – С. 271.
36. Гурьева, В.А. Юношеские психопатии и алкоголизм / В.А. Гурьева, В.Я. Гиндикин. – М.: Медицина, 1980. – 271 с.
37. Гурьева, В.А. Подростковая судебная психиатрия / В.А. Гурьева. – М.: РИО ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 1998. – 364 с.
38. Гурьева, В.А. Психопатология подросткового возраста / В.А. Гурьева, В.Я. Семке, В.Я. Гиндикин. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 1994. – 310 с.
39. Гурьева, В.А. Юношеские психопатии и алкоголизм / В.А. Гурьева, В.Я. Гиндикин. – М., 1980. – 271 с.
40. Дмитриева, Т.Б. Злоупотребление психоактивными веществами / Т.Б. Дмитриева [и др.]. – М.: Изд. ГНЦ им. В.П. Сербского, 2000. – С. 300.
41. Дмитриева, Т.Б. Подготовка следователем материалов дела для судебно-психиатрической экспертизы / Т.Б. Дмитриева [и др.]. – М.: Изд. ГНЦ им. В.П. Сербского, 1999. – 38 с.
42. Дмитриева, Т.Б. Криминальная агрессия женщин с психическими расстройствами / Т.Б. Дмитриева [и др.]. – М.: РИО ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 1998. – 272 с.
43. Дмитриева, Т.Б. Современное уголовное законодательство и судебная психиатрия: пособие для врачей / Т.Б. Дмитриева, Б.В. Шостакович. – М.: РИО ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 1998. – 136 с.
44. Житловский, В.Е. Основы медицинской сексологии: учеб.-метод. пособие / В.Е. Житловский. – М., 1993. – 80 с.
45. Жуковский, М.А. Нарушения полового развития / М.А. Жуковский. – М., 1989.

46. Зейграник, Б.В. Очерки по психологии аномального развития личности / Б.В. Зейграник, Б.С. Братусь. – М., 1980.
47. Зависимое поведение: клиника, динамика, систематика, лечение, профилактика: пособие для врачей / А.О. Бухановский [и др.]. – Ростов н/Д, 2002.
48. Иванников, В.А. Психологические механизмы волевой регуляции / В.А. Иванников. – М.: Изд-во УРАО, 1998. – 144 с.
49. Изард, К. Эмоции человека / К. Изард. – М., 1980.
50. Илейко, В.Р. Симуляция психических расстройств психопатическими личностями в судебно-психиатрической клинике: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.Р. Илейко. – М., 1992.
51. Ильинский, Ю.А. Нейросифилис // Судебная психиатрия: руководство для врачей / Ю.А. Ильинский. – М., 1988. – С. 194–201.
52. Имелинский, К. Сексология и сексопатология: пер. с пол. / К. Имелинский. – М.: Медицина, 1986. – 424 с.
53. Инструкция о проведении судебно-психиатрической экспертизы в СССР от 27 октября 1970 г.
54. Исаев, Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста / Д.Н. Исаев. – СПб., 1996.
55. Исаев, Д.Н. Отклоняющееся полоролевое поведение у детей и подростков. Нарушения поведения у детей и подростков / Д.Н. Исаев, В.Е. Каган. – М., 1981. – С. 118–124.
56. Исаев, Д.Н. Половое воспитание и психогигиена пола у детей / Д.Н. Исаев, В.Е. Каган. – Л.: Медицина, 1979. – 183 с.
57. Кабанов, М.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / М.М. Кабанов, А.Е. Личко, В.М. Смирнов. – М.: Медицина, 1993. – 312 с.
58. Исаев, Д.Н. Психическое недоразвитие у детей / Д.Н. Исаев. – Л.: Медицина, 1982.
59. Кабанов, М.М. Реабилитация психически больных / М.М. Кабанов. – Л.: Медицина, 1985. – 216 с.
60. Каган, В.Е. Аутизм у детей / В.Е. Каган. – Л.: Медицина, 1981. – 43 с.
61. Калашник, Я.М. Патологический аффект: психология эмоций / Я.М. Калашник. – М., 1984. – С. 220–227.
62. Кандинский, В.Х. О псевдогаллюцинациях / В.Х. Кандинский. – М.: Медгиз, 1952. – 152 с.
63. Каннабих, Ю.В. История психиатрии / Ю.В. Каннабих. – Л., 1939. – С. 520.
64. Каплан, Г. Клиническая психиатрия / Г. Каплан, Б. Сэдок. – М.: Гэотар медицина, 1998. – 505 с.
65. Карвасарский, Б.Д. Неврозы / Б.Д. Карвасарский. – М.: Медицина, 1980. – 448 с.

66. Карлов, В.А. Эпилепсия / В.А. Карлов. – М.: Медицина, 1990. – 336 с.
67. Квинн, В. Прикладная психология / В. Квинн. – СПб.: Питер Пресс, 1997. – 400 с.
68. Кербиков, О.В. Психиатрия / О.В. Кербиков [и др.]. – М.: Медицина, 1968. – 448 с.
69. Кербиков, О.В. Избранные труды / О.В. Кербиков. – М., 1971. – С. 312.
70. Клее, М. Психология подростка / М. Клее. – М., 1991.
71. Ковалев, В.В. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей / В.В. Ковалев. – М.: Медицина, 1995. – 560 с.
72. Ковалев, В.В. Психиатрия детского возраста / В.В. Ковалев. – М., 1979. – С. 607.
73. Ковалев, В.В. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей / В.В. Ковалев. – М.: Медицина, 1995.
74. Ковалев, В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков / В.В. Ковалев. – М.: Медицина, 1985. – 286 с.
75. Ковалев, О.В. Психиатрия детского возраста / О.В. Ковалев. – М., 1995.
76. Кокс, Т. Стресс / Т. Кокс. – М.: Медицина, 1981. – 216 с.
77. Кон, И.С. Введение в сексологию / И.С. Кон. – М.: Медицина, 1988. – 320 с.
78. Кондратьев, Ф.В. Юридическое содержание и клинические предпосылки невменяемости / Ф.В. Кондратьев // Вопросы теории и организации. – М., 1989. – С. 174–186.
79. Корнетов, А.Н. Этология в психиатрии / А.Н. Корнетов [и др.]. – Киев, 1990.
80. Короленко, Ц.П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития / Ц.П. Короленко // Обозр. псих. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева. – 1991. – № 1. – С. 8–14.
81. Котов, В.П. Организация и проведение судебно-психиатрической экспертизы / В.П. Котов // Судебная психиатрия: учебник под ред. Г.В. Морозова. – М., 2000.
82. Крафт-Эбинг, Р. Половая психопатия с обращением особого внимания на извращение полового чувства / Р. Крафт-Эбинг. – СПб.: Изд-во журн. «Практическая медицина» В.С. Эттингера, 1909.
83. Криминальная агрессия женщин с психическими расстройствами / Т.Б. Дмитриева [и др.]. – М.: РИО ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 1998.
84. Крылова, Н.Е. Уголовное право современных зарубежных стран / Н.Е. Крылова, А.В. Серебренникова. – М.: Зерцало, 1997. – 192 с.
85. Кудрявцев, И.А. Судебная психолого-психиатрическая экспертиза / И.А. Кудрявцев. – М.: Юрид. лит., 1988. – 224 с.

86. Кудрявцев, И.А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза: науч.-практ. руководство / И.А. Кудрявцев. – М.: Изд-во МГУ, 1999. – 497 с.

87. Кудрявцев, И.А. Применение проективных методов для психологического исследования аномалий влечения: Проблема расстройств влечений в судебно-психиатрической практике / И.А. Кудрявцев, Е.Г. Дозорцева, М.Б. Симоненкова. – М., 1991. – С. 17–24.

88. Леонгард, К. Акцентуированные личности / К. Леонгард. – Киев: Вища школа, 1981.

89. Личко, А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А.Е. Личко. – Л., 1985. – С. 415.

90. Лоренц, К. Агрессия / К. Лоренц. – М., 1994. – 210 с.

91. Лукомский, И.И. Маниакально-депрессивный психоз / И.И. Лукомский. – М.: Медицина, 1968. – 159 с.

92. Лунц, Д.Р. Проблема невменяемости в теории и практике судебной психиатрии / Д.Р. Лунц. – М.: Медицина, 1966. – 236 с.

93. Мальцева, М.М. Опасные действия психически больных / М.М. Мальцева, В.П. Котов. – М.: Медицина, 1995. – 256 с.

94. Маслоу, А.Г. Мотивация и личность / А.Г. Маслоу. – СПб.: Евразия, 1999. – 78 с.

95. Международная классификация болезней 10-го пересмотра. Кл. 5. Психические расстройства и расстройства поведения. Адаптированный для использования в Российской Федерации и странах СНГ. – М.: РИО ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 1998. – 360 с.

96. Международная классификация болезней 10-го пересмотра. Кл. 5. Психические расстройства и расстройства поведения. – М.: РИО ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 1998.

97. Метелица, Ю.Л. Судебно-психиатрическая экспертиза потерпевших / Ю.Л. Метелица. – М., 1990. – С. 204.

98. Михайлова, Г.А. Производство по применению принудительных мер медицинского характера / Г.А. Михайлова. – М., 1987.

99. Михеев, Р.И. Проблемы вменяемости, вины и уголовной ответственности (теория и практика): дис. ... д-ра юрид. наук / Р.И. Михеев. – М., 1995.

100. Морозов, Г.В. Дифференциальная диагностика простого и патологического опьянения / Г.В. Морозов, А.К. Качаев, Г.Я. Лукачер. – М., 1973. – С. 86.

101. Морозов, Г.В. Основные этапы развития отечественной судебной психиатрии / Г.В. Морозов, Д.Р. Лунц, Н.И. Фелинская. – М.: Медицина, 1976. – 336 с.

102. Морозов, Г.В. Судебная психиатрия: руководство для врачей / Г.В. Морозов [и др.]. – М.: Медицина, 1988. – 400 с.

103. Мясищев, В.Н. Личность и неврозы / В.Н. Мясищев. – Л.: ЛГУ, 1996. – 97 с.
104. Новые виды судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе / под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М., 1993. – 105 с.
105. Носов, Н.А. Психологические виртуальные реальности / Н.А. Носов. – М., 1994.
106. Нохуров, А. Нарушения сексуального поведения: судебно-психиатрический аспект / А. Нохуров. – М., 1988. – 225 с.
107. Ограниченная вменяемость. Информационное письмо / под ред. Б.В. Шостаковича, В.Н. Исаенко. – М.: Изд. ГНЦ им. В.П. Сербского, 2000. – С. 22.
108. Озерецкий, Н.И. Психопатология детского возраста / Н.И. Озерецкий. – Л., 1938.
109. Пантелеева, Г.П. Гебоидная шизофрения / Г.П. Пантелеева, М.Я. Цуцульковская, Б.С. Беляев. – М.: Медицина, 1986. – 192 с.
110. Пелипас, В.Е. Симуляция психических расстройств и ее распознавание при судебно-психиатрической экспертизе: метод. указания / В.Е. Пелипас. – М., 1983. – 26 с.
111. Пережогин, Л.О. Судебная психиатрия. Общая часть / Л.О. Пережогин. – М.: РИО ВГНА МНС РФ, 2004.
112. Петраков, Б.Д. Эпидемиология психических расстройств / Б.Д. Петраков, Б.Д. Цыганков. – М.: НЦПЗ РАМН, 1996. – 136 с.
113. Печерникова, Т.П. Сосудистые заболевания головного мозга / Т.П. Печерникова // Судебная психиатрия: руководство для врачей. – М., 1988. – Гл. 13. – С. 164–179.
114. Печерникова, Т.П. Судебно-психиатрическое освидетельствование осужденных / Т.П. Печерникова // Судебная психиатрия: руководство для врачей. – М., 1988. – С. 52–56.
115. Погодаев, К.И. Этиология, патогенез и лечение эпилепсии / К.И. Погодаев. – М.: Медицина, 1986.
116. Портнов, А.А. Клиника алкоголизма / А.А. Портнов, И.Н. Пятницкая. – Л.: Медицина, 1971. – 368 с.
117. Подготовка и назначение судебных экспертиз: пособие для следователей, судей и экспертов / А.С. Рубис [и др.]. – Минск: Харвест, 2006. – 320 с.
118. Подростковая судебная психиатрия / под ред. В.А. Гурьевой. – М.: РИО ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 1998.
119. Позднякова, С.П. Клиника, дифференциальная диагностика и судебно-психиатрическое значение алкогольных параноидов / С.П. Позднякова. – М., 1978. – С. 188.
120. Посвянский, П.Б. Сексуальные перверзии: определение понятия, опыт классификации / П.Б. Посвянский // Вопросы сексологии. – М., 1969. – С. 144 – 147.

121. Преступление и наказание в Англии, США, Франции, ФРГ, Японии. Общая часть. – М.: Юрид. лит., 1991. – 288 с.
122. Примерный уголовный кодекс США. – М.: Прогресс, 1969. – 304 с.
123. Пятницкая, И.Н. Клиническая наркология / И.Н. Пятницкая. – Л.: Медицина, 1975.
124. Реан, А.А. Социальная педагогическая психология / А.А. Реан, Я.Л. Коломинский. – СПб.: Питер Ком, 1999. – 416 с.
125. Ремшмидт, Х. Подростковый и юношеский возраст. Проблемы становления личности: пер. с нем. / Х. Ремшмидт. – М.: Мир, 1994. – 320 с.
126. Ротштейн, В.Г. Эпидемиология депрессий: Депрессия и коморбидные расстройства / В.Г. Ротштейн, М.Н. Богдан, С.А. Долгов; под ред. А.Б. Смулевича. – М., 1997. – С. 138–164.
127. Рубинштейн, С.Л. Основы общей психологии / С.Л. Рубинштейн. – СПб.: Питер Ком, 1999. – 720 с.
128. Руководство по судебной психиатрии / под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича, А.А. Ткаченко. – М.: Медицина, 2004.
129. Руководство по психиатрии / под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – Т. 1–2.
130. Самохвалов, В.П. Эволюционная психиатрия / В.П. Самохвалов. – Симферополь, 1993.
131. Сафуанов, Ф.С. Судебно-психологическая экспертиза в уголовном процессе: науч.-практ. пособие / Ф.С. Сафуанов. – М.: Гардарика, 1998. – 192 с.
132. Свядош, А.М. Женская сексопатология / А.М. Свядош. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1988. – 175 с.
133. Сексопатология: справочник / под ред. Г.С. Васильченко. – М.: Медицина, 1990. – 428 с.
134. Семке, В.Я. Истерические состояния / В.Я. Семке. – М.: Медицина, 1988. – 224 с.
135. Ситковская, О.Д. Психология уголовной ответственности / О.Д. Ситковская. – М.: Норма, 1998.
136. Ситковская, О.Д. Мотивация агрессивного поведения несовершеннолетних преступников. Насилие, агрессия, жестокость (криминально-психологическое исследование) / О.Д. Ситковская. – М., 1989.
137. Смирнова, Е.М. Судебная психиатрия: конспект лекций / Е.М. Смирнова. – СПб.: Изд-во Михайлова В.Л., 2000.
138. Смулевич, А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния / А.Б. Смулевич. – М.: Медицина, 1987. – 240 с.
139. Снежневский, А.В. Руководство по психиатрии / А.В. Снежневский. – М.: Медицина, 1983. – Т. 1–2.

140. Собчик, Л.Н. Введение в психологию индивидуальности / Л.Н. Собчик. – М.: Ин-т прикладной психологии, 1998. – 511 с.
141. Современное уголовное законодательства и судебная психиатрия: пособие для врачей / под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича. – М.: РИО ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 1998. – 136 с.
142. Соколова, Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности / Е.Т. Соколова. – М., 1989.
143. Современное уголовное законодательства и судебная психиатрия: пособие для врачей / под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича. – М.: РИО ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 1998.
144. Спивак, Д.Л. Язык при измененных состояниях сознания / Д.Л. Спивак. – Л., 1989.
145. Старович, З. Судебная сексология / З. Старович. – М., 1991.
146. Судаков, К.В. Системные механизмы поведения / К.В. Судаков. – М., 1990.
147. Судебная психиатрия / под ред. Б.В. Шостаковича. – М.: Зерцало, 1997.
148. Судебная психиатрия: учебник для вузов / Н.М. Жариков, Г.В. Морозов, Д.Ф. Хритинин. – М., 1997
149. Судебная психиатрия: учебник / под ред. А.С. Дмитриева, Т.В. Клименко. – М., 1998.
150. Судебная психиатрия: учебник / под ред. Г.В. Морозова. – М.: Юридическая литература, 2000.
151. Судебная психиатрия: учеб. пособие для юрид. вузов / А.С. Дмитриев, Т.В. Клименко. – М., 1996.
152. Судебная психиатрия: учеб. пособие / Т.Б. Дмитриева [и др.]. – М., 2008. – 752 с.
153. Судебная психиатрия: руководство для врачей / Г.В. Морозов [и др.]. – М.: Медицина, 1988.
154. Судебная психиатрия: учебник / под ред. Г.В. Морозова. – М.: Юридическая литература, 2001. – 480 с.
155. Судебно-психиатрическая экспертиза (особенности экспертизы несовершеннолетних) // Сб. науч. тр.; под ред. акад. АМН СССР Г.В. Морозова. – М., 1980.
156. Тиганов, А.С. Фебрильная шизофрения / А.С. Тиганов. – М.: Медицина, 1982. – 128 с.
157. Тиганов, А.С. Клиническая психопатология: руководство по психиатрии / А.С. Тиганов. – М.: Медицина, 1999. – Т. 1. – С. 27–77.
158. Тиганов, А.С. Шизофрения: руководство по психиатрии / А.С. Тиганов. – М., 1999. – Т. 1. – С. 407–553.
159. Ткаченко, А.А. Комплексная судебная сексолого-психиатрическая экспертиза: подходы к экспертной оценке лиц с парафилиями:

метод. рекомендации / А.А. Ткаченко. – М.: ГНЦС и СП им. В.П. Сербского, 1995.

160. Ткаченко, А.А. Комплексная судебная сексолого-психиатрическая экспертиза: подходы к экспертной оценке лиц с парафилиями: метод. рекомендации / А.А. Ткаченко. – М.: РИО ГНЦС и СП им. В.П. Сербского, 1995.

161. Ткаченко, А.А. Парафилии и аномальное сексуальное поведение: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.А. Ткаченко. – М., 1994.

162. Тьюе, П. Гомосексуализм в зеркале психиатрии: Пол, секс, человек / П. Тьюе. – М., 1993. – С. 108–115.

163. Фелинская, Н.И. Реактивные состояния в судебно-психиатрической клинике / Н.И. Фелинская. – М., 1968.

164. Функциональный диагноз в судебной психиатрии / под ред. Б.В. Шостаковича. – М.: Изд. ГНЦ им. В.П. Сербского, 2001. – 195 с.

165. Холодковская, Е.М. Дееспособность психически больных в судебно-психиатрической практике / Е.М. Холодковская. – М., 1967.

166. Хьелл, Л. Теории личности / Л. Хьелл, Д. Зиглер. – СПб.: Питер Пресс, 1997. – 650 с.

167. Циркин, С.Ю. Вопросы психиатрической систематики в свете международной классификации болезней 10-го пересмотра / С.Ю. Циркин // Соц. и клинич. психиатрия. – М., 2000. – Т. 3. – Вып. 4. – С. 109–118.

168. Частная сексопатология: руководство для врачей / под ред. Г.С. Васильченко. – М.: Медицина, 1983. – Т. 2. – 343 с.

169. Шостакович, Б.В. Клинические варианты расстройств личности. Руководство по пограничной психиатрии / Б.В. Шостакович. – М.: Медицина, 2000. – С. 190–217.

170. Штернберг, Э.Я. Геронтологическая психиатрия / Э.Я. Штернберг. – М.: Медицина, 1977.

171. Энтин, Г.М. Лечение алкоголизма и организация наркологической помощи / Г.М. Энтин. – М.: Медицина, 1979.

Дополнительная литература

1. Зейграник, Б.В. Патопсихология / Б.В. Зейграник. – М.: Изд-во МГУ, 1976.

2. Кудрявцев, И.А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза (научно-практическое руководство) / И.А. Кудрявцев. – М.: Изд-во МГУ, 1999.

3. Пятницкая, И.Н. Клиническая наркология / И.Н. Пятницкая. – Л.: Медицина, 1975.

4. Шейдер, Р. Психиатрия / Р. Шейдер. – М.: Практика, 1998.

5. Шнайдер, К. Клиническая психопатология / К. Шнайдер. – Киев, Сфера, 1999.
6. Ясперс, К. Общая психопатология / К. Ясперс. – М.: Практика, 1997.

Научные издания

1. Азаров, А.В. Права застрахованных и юридические основы их обеспечения: учеб.-метод. рекомендации / А.В. Азаров [и др.]. – Саратов: Изд-во СГМУ, 1998. – 116 с.
2. Бабаян, Э.А. Учебное пособие по наркологии / Э.А. Бабаян, М.Х. Гонопольский. – М.: Медицина, 1981. – С. 304.
3. Выготский, Л.С. Психология / Л.С. Выготский. – М.: Питер, 2000.
4. Ганнушкин, П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика / П.Б. Ганнушкин. – М.: Север, 1933.
5. Доброгаева, М.С. Кратковременные расстройства психической деятельности (исключительные состояния) в судебно-психиатрической практике: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / М.С. Доброгаева. – М., 1989. – С. 44–45.
6. Жариков, Н.М. Судебная психиатрия: учебник для вузов / Н.М. Жариков, Г.В. Морозов, Д.Ф. Хритинин. – М.: ИНФРА-М-НОРМА, 1997. – 432 с.
7. Илешева, Р.Г. Общественно опасные действия больных шизофренией, осложненной интоксикацией гашишем: Профилактика общественно опасных действий психически больных / Р.Г. Илешева, Н.Т. Измайлова. – Калуга, 1988. – С. 33–34.
8. Исаев, Д.Н. Психическое недоразвитие у детей / Д.Н. Исаев. – Л.: Медицина, 1982.
9. Канторович, Н.В. Очерки о здоровой и больной психике / Н.В. Канторович. – М., 1965. – 164 с.
10. Клиническая психиатрия / под ред. Г. Груле. – М.: Медицина, 1967.
11. Комментарий к законодательству РФ в области психиатрии / под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М.: Спарк, 1997.
12. Комментарии к Уголовному кодексу РФ / А.А. Гравина [и др.]. – М., 1996. – 286 с.
13. Комментарий к Уголовно-процессуальному кодексу Российской Федерации / под ред. Д.Н. Козака, Е.Б. Мизулиной. – М.: Юрист, 2002.
14. Крафт-Эбинг, Р. Половая психопатия с обращением особого внимания на извращение полового чувства / Р. Крафт-Эбинг. – СПб.: Изд-во журнала «Практическая медицина» В.С. Эттингера, 1909.
15. Леонгард, К. Акцентуированные личности / К. Леонгард. – Киев: Вища школа, 1981.

16. Майерс, Д. Социальная психология / Д. Майерс. – СПб.: Питер Пресс, 1997.

17. Морозов, Г.В. Дифференциальная диагностика простого и патологического опьянения: метод. рекомендации / Г.В. Морозов, А.К. Качаев. – М., 1979. – 31 с.

18. Наркотическое и алкогольное опьянение: пособие для врачей. – М., 1998. – 176 с.

19. Никульникова, О.В. Государственное управление здравоохранением в России: учеб. пособие / О.В. Никульникова. – Энгельс: Региональный инф.-изд. центр ПКИ, 2001. – 80 с.

20. Общая сексопатология: руководство для врачей / под ред. Г.С. Васильченко. – М.: Медицина, 1977.

21. Осипов, В.Л. Курс общего учения о душевных болезнях / В.Л. Осипов. – Берлин, 1923. – 737 с.

22. Постатейный комментарий к Уголовному кодексу РФ 1996 г. / под ред. А.В. Наумова. – М.: Гардарика, фонд «Правовая культура», 1996.

23. Руководство по психиатрии: в 2 т. / под ред. Г.В. Морозова. – М.: Медицина, 1988. – Т. 1. – 640 с.

24. Ситковская, О.Д. Мотивация агрессивного поведения несовершеннолетних преступников. Насилие, агрессия, жестокость (криминально-психологическое исследование) / О.Д. Ситковская. – М., 1989.

25. Степанова, Т.А. Основы права: учеб. пособие / Т.А. Степанова. – М.: Финансы и статистика, 2000. – 208 с.

26. Судебная медицина: учебник / под ред. В.М. Смольянинова. – М.: Медицина, 1982.

27. Фелинская, Н.И. Реактивные состояния в судебно-психиатрической клинике / Н.И. Фелинская. – М.: Медицина, 1968.

28. Шостакович, Б.В. Теоретические основы судебно-психиатрического диагноза / Б.В. Шостакович // Судебно-медицинская экспертиза. – 1987. – № 2. – С. 38–41.

29. Штернберг, Э.Я. Геронтологическая психиатрия / Э.Я. Штернберг. – М.: Медицина, 1977.

30. Шумский, Н.Г. Диагностические ошибки в судебно-психиатрической практике / Н.Г. Шумский. – СПб.: Академический проект, 1997.

31. Энтин, Г.М. Лечение алкоголизма и организация наркологической помощи / Г.М. Энтин. – М.: Медицина, 1979.

Учебное издание

СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ (НАПРАВЛЕНИЕ СПЕЦИАЛЬНОСТИ)
1-24 01 02 – ПРАВОВЕДЕНИЕ

Учебно-методический комплекс по учебной дисциплине

Составитель

АРТЕМЕНКО Нина Анатольевна

Технический редактор

Г.В. Разбоева

Корректор

Т.В. Образова

Компьютерный дизайн

Л.Р. Жигунова

Подписано в печать 2014. Формат 60x84¹/₁₆. Бумага офсетная.

Усл. печ. л. 13,25. Уч.-изд. л. 13,42. Тираж 110 экз. Заказ

Издатель и полиграфическое исполнение – учреждение образования
«Витебский государственный университет имени П.М. Машерова».

Свидетельство о государственной регистрации в качестве издателя,
изготовителя, распространителя печатных изданий

№ 1/255 от 31.03.2014 г.

Отпечатано на ризографе учреждения образования
«Витебский государственный университет имени П.М. Машерова».

210038, г. Витебск, Московский проспект, 33.