

Краснодарский университет МВД России
Ставропольский филиал

Жигалова Г. Г.

Судебная психиатрия

Учебное пособие

Ставрополь
2020

УДК 340.6
ББК 56.14
Ж68

Г. Г. Жигалова

Ж68 Судебная психиатрия: учебное пособие. – Ставрополь: Ставропольский филиал Краснодарского университета МВД России, 2020. – 68 с.

Учебное пособие содержит теоретические и практические основы судебной психиатрии, необходимые для приобретения основных практических навыков по организации и осуществлению судебно-экспертной деятельности.

Предназначено для преподавателей, курсантов и слушателей вузов МВД России, практических сотрудников органов внутренних дел.

УДК 340.6
ББК 56.14

© Жигалова Г.Г., составление, 2020
© СФ КрУ МВД России, 2020

СОДЕРЖАНИЕ

Часть 1. Общая психопатология	4
§ 1. Значение и особенности функционирования нервной системы	4
§ 2. Симптомы психических заболеваний	8
§ 3. Правовое регулирование вопроса назначения и производства судебно-психиатрической экспертизы.....	16
§ 4. Виды судебно-психиатрических экспертиз.....	18
Часть 2. Частная психопатология	25
§ 1. Расстройства памяти и интеллекта.....	25
§ 2. Симуляция психических заболеваний	30
§ 3. Временные психические расстройства:	31
§ 4. Хронические психические расстройства	34
Список литературы.....	66

Часть 1. Общая психопатология

§ 1. Значение и особенности функционирования нервной системы

■ Нервная система осуществляет связь организма с внешней средой, устанавливает взаимодействие различных органов, регулирует и координирует функции организма

Путем длительного наблюдения и в результате опытов над животными установлено, что разные виды нервной деятельности связаны с отдельными участками коры головного мозга: зрительное восприятие – с затылочной областью мозга, двигательные акты – с передней центральной извилиной, слуховые ощущения – с височной. Функции, связываемые с определенными участками – «центрами» коры, длительное время считались постоянными и неизменными. В настоящее время доказано, что различные функции организма, центры которых раньше рассматривались как обособленные образования, в норме никогда не протекают изолированно друг от друга. Нервный центр каждого вида физиологической деятельности включает в себя различные образования центральной нервной системы, которая функционирует как единое целое.

На психическое состояние влияют:

- тип личности (тип высшей нервной деятельности)
- индивидуальные черты характера
- уровень интеллекта
- профессия
- внешняя среда
- состояние соматического здоровья

Регуляция функций организма с помощью нервной системы

■ Целенаправленная функция регулируется при помощи сложных физиологических процессов – рефлекторных актов, затрагивающих различные системы мозга.

Рефлексы нервной системы

Безусловные рефлексы	Условные рефлексы
врожденные	приобретённые
передающиеся по наследству	появившиеся в процессе индивидуальной жизни
постоянные	временные, нестойкие
сразу же возникающие ответы организма на определенные раздражители	быстро видоизменяющиеся ответы организма на раздражение

Психическое заболевание

Это результат сложных и разнообразных нарушений деятельности различных органов и систем человека с преимущественным поражением головного мозга

Причины психических расстройств

В настоящее время установлено, что в развитии психических расстройств имеют серьезное значение следующие **причины**:

1. Патологическая наследственность. Установлено, что при неблагоприятных факторах жизнесуществования риск заболевания человека резко усиливается, особенно при психических заболеваниях родителей. Довольно часто мы находим подтверждение этому при изучении вопроса наследственности у больных шизофренией. Специальными исследованиями определено, что при заболевании шизофренией одного из родителей (нарушение генетического кода как результат мутации, вирусное повреждение головного мозга) страдает патологией каждый 6-й ребенок, при болезни обоих родителей каждый 3-й.

2. Поражение головного мозга. Довольно часто психопатология отмечается вследствие перенесенной черепно-мозговой травмы, заболевания головного мозга, прогрессирующего склероза сосудов головного мозга, нарушения мозгового кровообращения и других болезненных расстройств мозга.

3. Социальные потрясения и психотравмирующие коллизии. Они значимы и тяжелы для конкретной личности (честь, достоинство, престиж, семья, карьера и т.д.), особенно если связаны с непосредственной угрозой личному благополучию жизни и здоровью.

4. Перенесенные острые или хронические инфекционные заболевания (тиф, грипп, туберкулез, менингит, энцефалит и др.).

5. Аутоинтоксикация (самоотравление) организма во время острого или хронического заболевания продуктами нарушенного обмена при заболеваниях поджелудочной железы (кома при диабете), почек (уремия), печени (гепатит), шизофрении. В настоящее время доказано, что имеется прямая зависимость между заболеванием внутренних органов и нарушением психики больного человека.

6. Влияние различных психогенных факторов на беременную женщину. Они могут быть острые и хронические, кратковременные и длительные. Эти воздействия оказывают патологическое влияние на мозг плода уже во внутриутробном развитии (это может быть стрессовая ситуация и неправильный образ жизни, «тяжелый» характер матери, свекрови, свекра и т.д.). Данная причина способствует развитию психопатии, олигофрении и других заболеваний будущего ребенка.

7. Острые и хронические интоксикации (отравления) спиртосодержащими веществами, никотином, наркотиками,

медикаментами (атропин, клофелин, снотворные и т.д.), ртутью, пестицидами, органическими растворителями и др. Эта причина может вызывать специфические психозы, галлюцинации, иллюзии.

Следует помнить о том, что психические заболевания возникают при наличии определенных условий, которые способствуют их клиническому проявлению. Это длительные умственные, физические и нервные перенапряжения, хроническая (вынужденная) бессонница и другие.

В то же время следует признать, что особенности внешней и внутренней среды в зависимости от конкретной ситуации и обстоятельств могут в значительной степени способствовать или затруднять патологическое развитие психических расстройств у человека. Примером может служить Великая Отечественная война, когда советские люди в своем подавляющем большинстве были охвачены патриотизмом, и идея победы преобладала над другими. Это во многом определяло поведение военнослужащих на фронте. Яркой иллюстрацией может служить чрезвычайно малое число истерических психозов, тогда как в годы первой мировой войны эта болезнь носила прямо-таки повальный характер.

Факторы, способствующие возникновению психических заболеваний

- длительные умственные перенапряжения
- физические перенапряжения
- нервные перенапряжения
- хроническая (вынужденная) бессонница

Международная классификация болезней (МКБ-10)

Международная классификация болезней используется для классификации заболеваний, анализа и сравнения данных о смертности и заболеваемости в разных странах мира в разное время

Кодирование диагнозов болезней осуществляется с помощью буквенно-цифровых кодов

Класс V - Психические расстройства и расстройства поведения

F00-F09 Органические, включая симптоматические, психические расстройства (включая слабоумие)

F10-F19 Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ

F20-F29 Шизофрения, шизотипические состояния и бредовые расстройства

F30-F39 Расстройства настроения [аффективные расстройства]

F40-F48 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства

F50-F59 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами

F60-F69 Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте

F70-F79 Умственная отсталость

F80-F89 Нарушения психологического развития

F90-F98 Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте

F99 Неуточненные психические расстройства

Классификация психических расстройств

Виды психических расстройств по течению

Острые (заканчиваются выздоровлением)

■ алкогольные психозы (паранойд, галлюциноз, делирий – белая горячка)

■ психозы при инфекционных заболеваниях

■ реактивные состояния

Хронические

■ психические болезни с длительным течением, с постепенным проявлением и нарастанием психических нарушений, характеризуются определенной динамикой (стадийностью) процесса (шизофрения, эпилепсия, маниакально-депрессивный психоз).

§ 2. Симптомы психических заболеваний

К симптомам психических заболеваний относятся:

- 1. Расстройство восприятия
- 2. Расстройство чувств, эмоций
- 3. Расстройство мышления
- 4. Расстройство сознания
- 5. Расстройство воли
- 6. Расстройство памяти

1. Расстройства восприятия – нарушение процесса отражения предметов и явлений окружающей действительности, непосредственно воздействующих на органы чувств.

Среди Психосенсорных расстройств различают метаморфозии, порропсии и дисмегалопсии. Метаморфозии – нарушение восприятия величины предмета. К ним относят макропсии, при которых предметы представляются больному в увеличенном виде, и микропсии, при которых величина предметов кажется резко уменьшенной. При порропсиях больные ощущают изменение величины окружающего пространства, при этом предметы кажутся или чрезмерно удалёнными или приближенными. К дисмегалопсиям относят такие нарушения восприятия предметов, при которых они кажутся смещёнными относительно вертикальной или горизонтальной оси. Психосенсорные расстройства могут возникать как в отдельности, так и в различных сочетаниях.

Психосенсорные расстройства нередко появляются одновременно с расстройствами схемы тела (смотри полный свод знаний), явлениями деперсонализации (смотри полный свод знаний) и дереализации (смотри полный свод знаний). Психосенсорные расстройства могут возникать при шизофрении (смотри полный свод знаний), заболеваниях центральной нервной системы экзогенно-органического характера (например, после черепно-мозговых травм), при маниакально-депрессивном психозе (смотри полный свод знаний).

Психосенсорные расстройства отличаются от расстройств схемы тела, при которых возникает ощущение увеличения или уменьшения тела самого больного или его отдельных частей. Психосенсорные расстройства необходимо также дифференцировать с дереализацией, при которой отмечается изменение восприятия окружающего с ощущением декоративности или же окружающие объекты представляются больному лишёнными чувственности, реальности.

Виды расстройства восприятия:

■ 1) иллюзии – искаженные восприятия реально существующих объектов

- та
- 2) Галлюцинации – мнимое восприятие, восприятие без объекта
 - Истинные (по органам чувств):
 - Слуховые (чаще императивные) – часто угрожают испытуемому
 - Зрительные
 - Осязательные (тактильные) – щекотание, ползание
 - Псевдогаллюцинации – без реального объекта (образ в голове, внутреннее око)
 - Функциональные галлюцинации – появляются при наличии реального объекта
 - 3) Сенсопатии – нарушения чувственного познания: ощущения, восприятия, представления

2. Расстройство чувств, эмоций

- дисфория – расстройство настроения с преобладанием тоскливо-злобного, угрюмо-недовольного состояния с раздражительностью, агрессивностью, страхами
 - ангедония – потеря чувства радости, наслаждения
 - адинамия – уменьшение или полное прекращение двигательной активности организма
 - апатия – полное равнодушие, безучастность ко всему окружающему и своему положению
 - эйфория (маниакальный аффект) – повышенное радостное настроение
 - мания – высшая степень выраженности подъема настроения
 - экстаз – повышенное настроение, переживание восторга, необычного счастья
 - мория – повышенное настроение, сочетающееся с нелепостью в поведении, дурашливостью
 - чувственная амбивалентность – проявляется одномоментным сосуществованием противоположных чувств любви и ненависти

3. Расстройство мышления – это нарушение установления внутренних связей между предметами и явлениями окружающего мира:

Виды расстройства мышления

- Замедление мышления
- Бессвязность мышления, обстоятельность
- Персеверация – «застревание» на мысли, фразе
- Резонерство – пустая многословность
- Бред – ложное умозаключение, не поддающееся коррекции (бред отравления, преследования, ревности, эротический и др.)

- Сверхценные идеи – суждения, занимающие в не соответствующее их значению преобладающее положение в сознании человека с развитием чрезмерного эмоционального напряжения

4. Расстройство сознания

- реперсонализация – расстройство самосознания с чувством отчуждения некоторых или всех психических процессов (мыслей, воспоминаний)

- растерянность (недоумение) – при остром развитии расстройства психической деятельности, стремительное нарушение самосознания

- сопор – глубокое угнетение сознания с сохранением координированных защитных реакций и открывания глаз в ответ на боль и другие раздражители

- кома – выключение сознания с полной утратой признаков психической деятельности

- помрачение сознания – сопровождается галлюцинациями, бредом, явлениями дереализации, деперсонализации и др.

- абсанс – выключение больного из текущей психической деятельности с сохранением позы больного, в какой застал его приступ (при эпилепсии)

- спутанность сознания – нарушение сознания, обусловленные резким ослаблением или выпадением различных психических процессов (нарушение памяти)

5. Расстройство воли – это нарушение способности сознательно и целенаправленно контролировать свою деятельность и направлять ее.

Виды расстройства воли

- гипобулия – снижение волевой активности, бедность побуждений к деятельности

- гипербулия – усиление волевой активности, чрезмерная деятельность

- парабулия – извращение волевой активности в форме расстройств поведения

- абулия – отсутствие побуждений, утрата желаний, полная бездеятельность

- ступор – обездвижение, оцепенение

6. Расстройство памяти – это нарушение способности удерживать и сохранять объекты восприятия.

Виды расстройства памяти:

- **амнезии**

- **парамнезии** – обманы памяти

- **псевдореминисценции** (искаженные воспоминания во времени)

■ **конфабуляции** (вымышленные воспоминания)

Синдром – это симптомокомплекс, состоящий из совокупности внутренне связанных симптомов

Картина болезни складывается из последовательной смены синдромов

Виды синдромов:

■ Астенический – раздражительность, непереносимость громкого шума, гиперестезия, повышенная утомляемость, неустойчивое настроение;

■ Депрессивный – пониженное настроение, двигательная заторможенность, тревога, тоска;

■ Маниакальный – приподнятое настроение, двигательное оживление, внимание обострено, но неустойчиво;

■ Ипохондрические – чрезмерное внимание к своему здоровью, тревога за него;

■ Паранойальный – бред различного содержания (преследования, ревности и т.д.) с обстоятельностью мышления при изложении бредовой идеи (бредовая обстоятельность);

■ Параноидный (синдром Кандинского – Клерамбо) – сочетание бредовых идей преследования с галлюцинациями или проявлениями синдрома психического автоматизма;

■ Галлюциноз – состояние непрерывного галлюцинирования с преобладанием какого-либо одного вида галлюцинаций;

■ Парафренный – сочетание систематизированного бреда преследования и воздействия с фантастическим, грезоподобным бредом величия;

■ Кататоническое возбуждение – больные принимают неестественные позы, кривляются, паясничают, гримасничают, дурашливость, бессмысленный смех;

■ Импульсивное возбуждение – внезапное совершение действий, не имеющих отношения к предшествующему поведению (набрасываются на окружающих, бегут, не разбирая пути, рвут одежду и т.д.);

■ Кататонический ступор – состояние обездвиженности с мышечным напряжением и мутизмом;

■ Каталепсия (симптом Павлова) – симптомы «воздушной подушки» и «хоботка» (губы вытянуты в виде хоботка)

■ Психоорганический – развивается на основе органического поражения нервной системы

Виды синдромов по возможности прогрессирования клинических проявлений:

■ 1. Позитивные психопатологические синдромы (продуктивные), имеют тенденцию к обратному развитию и восстановлению психической деятельности

- Аффективный
- Истерический
- Астенический
- Ипохондрический
- Паранойяльный
- Кататонический
- Помрачение сознания

■ 2. Негативные психопатологические синдромы (дефицитарные). Они необратимы и зависят от истощаемости психической деятельности

- Амнестический
- Деменция
- Психический маразм

Бред

Бред – это расстройство мышления, которое характеризуется возникновением совокупности болезненных представлений, рассуждений и выводов, не соответствующих действительности, в которых больной полностью убежден и которые не поддаются коррекции

Признаки бреда:

- 1) возникновение на болезненной почве
- 2) извращенное, ошибочное, не соответствующее реальности содержание мысли
- 3) высокая субъективная уверенность в достоверности этой идеи
- 4) невозможность коррекции (разубеждения) бреда

Общественно опасные действия лиц с бредовой мотивацией

- • бредовая защита (пассивный, активный варианты)
- • бредовая месть
- • реализация бредовых проектов (миссии)
- • бредовая демонстрация (по типу Герострата)
- • искупление мнимой (бредовой) вины
- • бредовое самоутверждение (псевдореабилитация)
- • косвенная бредовая мотивация

1. Бредовая защита (реакция обороны)

- Наблюдается у больных с бредом преследования
- Действия направлены на защиту от мнимых преследователей

Пассивная:

- менее опасна для окружающих
- больные стремятся скрыться от преследования

- используется защитная одежда
- сооружение экранированного помещения
- применение противоядий при бреде отравления

Активная:

- более опасна для окружающих
- агрессия по отношению к своим мнимым преследователям «преследуемые преследователи»

2. Бредовая месть

■ Больные руководствуются стремлением к восстановлению якобы попорченной справедливости и возмездие. Они считают себя вправе судить «виновных» и карать их

Общественно опасные действия:

- Истязания
- Мучения
- Жестокие убийства, сопровождающиеся надругательством

3. Реализация бредовых проектов (миссии)

Связаны:

- С идеями изобретательства
- С идеями реформаторства
- С бредом величия в рамках паранойяльных, маниакально-бредовых, парафренических состояний.

Для больных характерно бродяжничество, связанное с целью бесконечных хлопот в различных учреждениях по поводу признания их «изобретений» и «открытий». Больные нападают на должностных лиц, от которых, по мнению больных, зависит признание их «открытий» и «изобретений»

4. Бредовая демонстрация (по типу Герострата)

- Деяния отличаются большой опасностью
- Характерными являются деяния типа диверсионных актов, множественных убийств и т.п., которые совершаются для привлечения внимания общественности к собственной персоне

- Бредовые идеи аффективно заряжены

5. Искупление мнимой (бредовой) вины

- Возникает по мотивам бреда самообвинения
- Опасные действия в большинстве случаев направлены на самих себя

■ В поле зрения судебных психиатров попадают те из них, которые направлены против окружающих по типу «расширенного самоубийства»

6. Общественно опасные действия по мотивам бредового самоутверждения (псевдореабилитации)

- Встречается у больных с ипохондрическим и дисморфоманическим бредом неправильного строения половых органов

- Пациенты совершают половые преступления (изнасилование) для доказательства своей сексуальной состоятельности, при «приписывании» себе какого-либо порока или неполноценности

7. Непрямая (косвенная) бредовая мотивация

- Первопричина опасного деяния – определённое содержание бредовых идей, однако поступки больного обусловлены ими не прямо, а опосредованно.

- Мотивация общественно опасных действий следует из ситуации, возникающей в результате бредового поведения.

- Больной, мигрирующий по мотивам пассивной бредовой защиты, может злобно уклоняться от уплаты алиментов на содержание ребенка, совершать мошеннические действия или кражи, чтобы добыть средства к существованию.

- Косвенная мотивация возможна при бредовых идеях любого содержания

Расстройства памяти и интеллекта

Память – это психический процесс отражения и накопления непосредственного и прошлого индивидуального и общественного опыта.

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

Виды нарушений памяти

Количественные нарушения памяти – расстраиваются основные функции запоминания, хранения и воспроизведения информации

1. Гипермнезия – усиление памяти

- при маниакальных состояниях
- при ауре эпилептических припадков
- в состояниях острой интоксикации при употреблении некоторых наркотиков (ЛСД и др.).

Память лишена целеустремленности, поверхностна, случайна и не служит на пользу человеку

2. Гипомнезия (дисмнезия) – снижение возможности запоминания

- Вначале забывается наиболее свежая, недавно приобретенная информация, затем события прошлой жизни

- Ухудшается запоминание терминов, имен, дат, слов

3. Амнезия – полное выпадение из памяти событий определенного временного периода

- 1. Ретроградная амнезия – выпадение из памяти событий, предшествовавших острому периоду болезни (от нескольких минут до нескольких дней, недель, месяцев, лет)

•2. Антероградная амнезия – утрата воспоминаний о событиях, происходящих в период, следующий за острым этапом болезни. Поведение больных упорядоченное, кратковременная память не страдает

•3. Конградная амнезия – выпадение воспоминаний о событиях острого периода болезни (периода нарушенного сознания)

•4. Ретроантероградная амнезия – выпадение из памяти событий, происшедших до, во время и после острого периода болезни

•5. Палимпсест – выпадение событий, происшедших на пике алкогольного опьянения, при этом общий ход событий воспроизводится правильно

•6. Фиксационная амнезия – нарушение способности запоминать, фиксировать текущие события

Качественные расстройства (парамнезии) ложные воспоминания, смешение событий прошлого и настоящего, реального и воображаемого

1. Псевдореминисценции – ошибочные воспоминания, «иллюзии памяти» – это воспоминания о реальных жизненных событиях, которые ошибочно относятся больным в иной временной промежуток

2. Конфабуляции – патологический вымысел, принявший форму воспоминаний, часто носят фантастический характер.

Виды конфабуляции:

■ Бредовые конфабуляции

■ Галлюцинаторные конфабуляции

3. Криптомнезии – искажения памяти

■ Исчезают различия между событиями, бывшими в действительности, и информацией, которая была услышана, прочитана или увиденна во сне

■ Встречаются при психоорганическом синдроме, параноидном синдроме

§ 3. Правовое регулирование вопроса назначения и производства судебно-психиатрической экспертизы

Закон РФ от 02.07.1992 N 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»

■ Проведение психиатрических экспертиз (в том числе и судебной) является видом психиатрической помощи населению.

Психически больные люди требуют юридической помощи в одних случаях из-за их неадекватного, а нередко и агрессивного поведения, в других – при защите их прав, имущества и личного достоинства

Суду (следователю) приходится решать: имеет ли он дело с преступником или психически больным человеком, который не может быть подвержен наказанию за содеянное, каким бы ужасным оно ни было

Психически больное лицо – это любое лицо, которому установлен диагноз психического расстройства

Судебный психиатр использует не медицинское, а **юридическое понятие психического расстройства**. С точки зрения гражданского права психически больным является лицо, признанное судом недееспособным. Лицо, в отношении которого такого решения нет, хотя и обнаруживает признаки психического расстройства, юридически считается психически здоровым.

Не всякое психическое расстройство способно иметь юридическое значение и влечь правовые последствия

Психиатрия – наука, исследующая закономерности возникновения, развития и возможного исхода болезней, сопровождающихся нарушениями психики

Судебно-психиатрическая экспертиза – это специальное исследование, проводимое судебно-психиатрическим экспертом с целью дать заключение о психическом состоянии субъекта в уголовном и гражданском судопроизводстве.

Основные задачи судебно-психиатрических экспертиз:

- определение вменяемости – невменяемости
- определение дееспособности – недееспособности
- определение процессуальной дееспособности в уголовном процессе и в гражданском судопроизводстве
- рекомендации по применению принудительных мер медицинского характера
- определение возможности психически больных осужденных (по медицинским показаниям) отбывать наказание в исправительных учреждениях

Судебная психиатрия – самостоятельный раздел общей психиатрии

Сходство и различия общей и судебной психиатрии

	Общая психиатрия	Судебная психиатрия
Объект	психически здоровый психически больной	лицо, совершившее общественно опасное деяние: <ul style="list-style-type: none"> • психически больное • психически здоровое
Предмет	психическая деятельность психические расстройства	
	психиатрическое лечение медико-социальная реабилитация	совершенное общественно опасное деяние
Средства	Медицинские	Медико-юридические: Судебно-психиатрическая экспертиза Принудительные меры медицинского характера
Правовое регулирование		УК, УПК, ГК, ГПК
	Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан в РФ Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»	

Лица, назначающие экспертизу

- Принимают решение о проведении экспертизы
- Формулируют экспертное задание (вопросы перед экспертами)
- Собирают объекты и материалы, подлежащие экспертному исследованию
 - Выбирают экспертное учреждение или конкретных экспертов, которым поручается экспертиза
 - Оценивают заключение и в случае согласия с выводами экспертов используют выводы для принятия процессуальных решений

Судебные психиатры

- Не обладают властными полномочиями
- Их заключения и выводы не имеют обязательной юридической силы

§ 4. Виды судебно-психиатрических экспертиз

Первичная – проводится впервые по делу в отношении данного лица

- Основная – экспертиза, назначенная для решения поставленных перед экспертами вопросов
- Дополнительная – экспертиза, назначенная в связи с неполнотой или недостаточной ясностью прежнего (основного) экспертного заключения, но при отсутствии сомнений в достоверности его выводов

Повторная – вторично в отношении данного лица при наличии сомнений в обоснованности или правильности выводов первичной экспертизы

- Единоличная – проводится одним экспертом
- Комиссионная – несколькими (двумя и более) экспертами (комиссией экспертов)
 - Однородные экспертизы проводятся представителями одной отрасли науки
 - Комплексные – экспертами, которые являются специалистами разных научных отраслей (судебными психологами, судебными медиками, судебными сексопатологами)

Виды судебно-психиатрических экспертиз по месту их проведения:

- Амбулаторные
- Стационарные
- В кабинете следователя
- В суде
- Заочные (посмертные)

Вид экспертизы по месту проведения	Особенности	Решаемые вопросы
В кабинете следователя	Консультирует один психиатр	О наличии или отсутствии психического нарушения О необходимости назначения амбулаторной или стационарной СПЭ
Амбулаторная	Однократное обследование комиссией психиатров Место проведения: Психиатрические ста-	Устанавливают наличие или отсутствие психической болезни Оценивают психическое состояние свиде-

	<p>ционары Диспансеры Помещение медицинской службы следственных изоляторов</p>	<p>телей, потерпевших Определяют дееспособность по гражданским делам Повод для назначения: В отношении лиц, совершивших правонарушение в состоянии алкогольного или наркотического опьянения Временные психические расстройства Пограничные психические расстройства (последствия ЧМТ, инфекции) Выраженные психические нарушения</p>
Стационарная	<p>Проводится в условиях психиатрической больницы Используют методы клинического наблюдения и лабораторные методы (РЭГ, рентгенография, ЭЭГ, пункция) Срок – до 30 суток</p>	<p>Установление начальных этапов и стёртых форм психических заболеваний Установление симуляции и диссимуляции психических расстройств При проведении повторных экспертиз</p>
В судебном заседании	<p>Проводится комиссией психиатров в судебном заседании</p>	<p>При сомнениях в психическом состоянии обвиняемых, возникших в процессе судебного разбирательства Разъяснение в суде положений экспертного заключения Выбор мер медицинского характера в отношении невменяемых Оценка психического состояния свидетелей</p>

		При сомнениях суда в правильности экспертного заключения
Заочная (посмертная)	Проводится комиссией психиатров по материалам дела	Лицам, совершившим самоубийство Определение дееспособности лиц в гражданском деле (завещание) Лицо умерло в ходе следствия до суда

■ Очные экспертизы предполагают обязательное психиатрическое освидетельствование испытуемого

■ Заочные проводятся без освидетельствования и базируются только на изучении материалов дела

■ Посмертные заочные экспертизы, проводимые в отношении умершего лица (в основном по гражданским делам)

Основания для проведения СПЭ:

Проведение экспертизы обязательно (ст. 196 УПК):

3) психическое или физическое состояние подозреваемого, обвиняемого, когда возникает сомнение в его вменяемости или способности самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве;

- 3.1) психическое состояние подозреваемого, обвиняемого в совершении в возрасте старше восемнадцати лет преступления против половой неприкосновенности несовершеннолетнего, не достигшего возраста четырнадцати лет, для решения вопроса о наличии или об отсутствии у него расстройства сексуального предпочтения (педофилии);
- 3.2) психическое или физическое состояние подозреваемого, обвиняемого, когда имеются основания полагать, что он является больным наркоманией;

4) психическое или физическое состояние потерпевшего, когда возникает сомнение в его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания;

Судебно-психиатрическая экспертиза назначается:

■ В связи с сомнениями в психической полноценности обвиняемого, подозреваемого, потерпевшего, свидетеля, а также лица, в отношении которого решается вопрос о его гражданской недееспособности

■ Для установления беспомощного состояния потерпевшей (по делам об изнасиловании – ст. 131 УК)

Поводы для назначения судебно-психиатрической экспертизы:

1. Данные о том, что участник процесса в прошлом уже обследовался психиатром и тот диагностировал психическое расстройство
 - состоял (состоит) под наблюдением участкового психиатра
 - лечился в психиатрической больнице
 - признавался негодным к военной службе по психическому заболеванию
 - признавался невменяемым по другому делу
 - находился на принудительном психиатрическом лечении
 - поиск медицинской документации, из всех учреждений, где данному лицу оказывалась психиатрическая помощь
 - сбор медицинской документации учреждений общесоматического профиля (поликлиник, больниц) – инсульт, ЧМТ
2. Данные об особенностях поведения (от очевидцев)
 - странное, неадекватное обстановке поведение (нелепые высказывания и поступки, немотивированные приступы возбуждения и т.п.)
 - проявление психического расстройства (припадок)
3. Сообщения гражданина о своих болезненных переживаниях
 - об испытываемых зрительных или слуховых галлюцинациях, крайне необычных ощущениях и т.п.
4. Особенности совершённого деяния
 - Немотивированная жестокость
 - Нелогичность сделки

Юридические основания для проведения судебно-психиатрической экспертизы:

■ постановление (определение) о назначении СПЭ, вынесенное лицом, производящим дознание, следователем, прокурором, судом, судьей единолично.

Основные вопросы, выносящиеся на разрешение СПЭ

1. Не страдал ли обвиняемый психическим заболеванием в период совершения правонарушения и не страдает ли им в настоящее время; если страдает, то каким?
2. Если обвиняемый страдал психическим заболеванием в момент правонарушения, то исключало ли это заболевание возможность осознать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) или руководить ими, т.е. следует ли считать его вменяемым или невменяемым?
3. Не возникло ли психическое заболевание после совершения им правонарушения и может ли он участвовать в судебно-следственных действиях?

4. Если обвиняемый страдает (перенёс) психическим заболеванием, то нуждается ли он в применении к нему принудительных мер медицинского характера, предусмотренных законодательством, и в каких именно?

5. Возможно ли по психическому состоянию участие обвиняемого в судебно-следственном процессе?

«Невменяемость» Статья 21 УК

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

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

Формула невменяемости состоит из двух критериев:

- медицинского (биологического)
- юридического (психологического)

Медицинский критерий невменяемости

1. Хроническое психическое расстройство

• непрерывно протекающие хронические психические болезни или текущие приступообразно (например, шизофрения, эпилепсия, маниакально-депрессивный психоз и т.д.), при которых констатируют прогрессирующий психический дефект.

2. Временные психические расстройства:

• острые кратковременные болезненные расстройства у психически здоровых (в повседневной жизни) лиц, оканчивающиеся в скором времени полным выздоровлением.

- а) исключительные состояния – патологическое опьянение, патологический аффект, кратковременное просоночное состояние;
- б) реактивные состояния в виде психозов с помрачением сознания, возникающие у лиц с органическим нарушением головного мозга;
- в) пароксизмальные расстройства: кратковременные психотические эпизоды с помрачением сознания (у лиц с органическими поражениями головного мозга) и др.

3. Слабоумие

• нарушения интеллекта, как врожденного (олигофрения), так и приобретенного характера (инволюционный процесс и др.).

4. Иное болезненное состояние психики

- стойкое психическое отклонение (асоциальные психопатии), результат патологического процесса или порока развития и воспитания (истерические, неустойчивые психопатии, неврозы, некоторые формы врожденной немо-глухоты, не позволяющие больному адекватно оценить окружающую обстановку).

Юридический критерий невменяемости

Интеллектуальный признак – неспособность осознавать фактический характер и общественную опасность деяния

Волевой признак – неспособность руководить своими действиями

Ограниченная вменяемость

- Не является промежуточным состоянием между вменяемостью и невменяемостью.

- Вменяемость ограничена тем, что лицо не в полной мере осознает фактический характер и общественную опасность своих действий, либо не в полной мере обладает способностью руководить своими действиями вследствие психического расстройства.

«Недееспособность» Статья 21 ГК РФ

Дееспособность – «способность гражданина своими действиями приобретать и осуществлять гражданские права, создавать для себя гражданские обязанности и исполнять их».

Дееспособность – такое психическое состояние гражданина, которое обеспечивает ему способность понимать значение своих действий и руководить ими.

Недееспособность ст. 29 ГК РФ

«Гражданин, который вследствие психического расстройства не может понимать значение своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством. Над ним устанавливается опека».

Критерии недееспособности

- медицинский (психическое расстройство)
- юридический (неспособность понимать значение своих действий или руководить ими)

Для признания гражданина недееспособным необходимо совпадение медицинского и юридического критериев

- Юридический критерий выражает степень и глубину болезненного нарушения психической деятельности, которые имеют решающее значение в установлении недееспособности психически больных

Пенитенциарная психиатрия

Задачи: оказание психиатрической помощи лицам, осужденным к лишению свободы

Принудительные меры медицинского характера

■ Принудительные меры медицинского характера являются разновидностью медицинских мер

■ Применяются к психически больному без его согласия или согласия его законных представителей

■ Применяются к лицам, совершившим общественно опасные деяния, страдающим:

- Хроническими душевными заболеваниями
- Временными расстройствами душевной деятельности
- Слабоумием
- Иными болезненными состояниями

Виды принудительных мер медицинского характера (ст. 99 УК):

а) амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра

б) принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа

в) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа

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

Цели применения принудительных мер медицинского характера (ст. 98 УК):

■ излечение или такое улучшение состояния больного, при котором он перестает представлять общественную опасность;

■ предупреждение совершения лицом нового общественно опасного деяния как во время лечения, так и после его завершения;

■ обеспечение безопасности больного для самого себя;

■ проведение мер социальной реабилитации (выработка у больных навыков для жизни в обществе).

Решение об отмене или изменении принудительных мер медицинского характера принимает только суд.

Часть 2. Частная психопатология

§ 1. Расстройства памяти и интеллекта

Интеллект – это устойчивая структура умственных способностей индивида, обеспечивающая рациональное познание, критическое отношение к себе и окружающей реальности и психическую адаптацию в изменяющихся условиях среды.

На развитие интеллекта влияют:

- Общие условия
- Память
- Темп функционирования
- Утомляемость
- Речевая одаренность
- Способность к логическому мышлению, абстрагированию, комбинаторике
- Находчивость
- Остроумие
- Оригинальность мышления
- Умение творчески применять знания

Слабоумие – это стойкое снижение уровня психической, в первую очередь интеллектуальной деятельности

Виды расстройства интеллекта

- Врожденные нарушения интеллекта (олигофрении)
- Приобретенные нарушения интеллекта (деменции, или приобретенное слабоумие)

Врожденные нарушения интеллекта (олигофрении)

■ Олигофрения – стойкое, малообратимое недоразвитие уровня психической, интеллектуальной деятельности, связанной с врожденной или приобретенной до 3 лет органической патологией головного мозга

Причины олигофрении

Эндогенные (внутренние)

■ а) наследственные заболевания родителей (по наследству на генетическом уровне передается от 50 до 70% форм умственной отсталости)

■ б) хромосомные нарушения (15% случаев) - синдром Дауна

■ в) нарушение обмена веществ (15%)

Экзогенные (внешние)

■ а) хронические заболевания матери

■ б) инфекционные болезни в период беременности

■ в) интоксикация при беременности

■ г) прием лекарственных и иных препаратов

- д) курение, алкоголь, наркотики

Степени тяжести олигофрении (по выраженности интеллектуальной недостаточности)

- Дебильность
- Имбецильность
- Идиотия

Дебильность – легкая степень олигофрении

Характеристика навыков	Особенности поведения	Возможная криминогенность
Внимание удовлетворительное Память удовлетворительная Имеются навыки чтения, письма, счета	Повышенная внушаемость (использование их в своих целях криминальными личностями)	Усиление инстинктивных потребностей: гиперсексуальность, распущенное поведение

Имбецильность – средняя степень тяжести олигофрении

Характеристика навыков	Особенности поведения	Возможная криминогенность
Способны усвоить не более 20-30 слов, счет в пределах 5 Имеют навыки самообслуживания (самостоятельно едят, одеваются), возможна их адаптация к простому труду, подражают окружающим Слабое понимание различий между предметами и явлениями	Больные не способны жить самостоятельно, нуждаются в постоянном надзоре, живут в специализированных домах-интернатах	Повышенная возбудимость, аффективные реакции

Идиотия – глубокая степень олигофрении

Характеристика на- выков	Особенности поведения	Внешние признаки
Речевая продукция и речепонимание практически отсутствуют Больные не владеют навыками самообслуживания, неопрятны при мочеиспускании и дефекации, но не тягостятся этим	Преобладает тупое безразличие со злобными вспышками Эмоции примитивны: идиоты не могут радоваться, смеяться, плакать, не испытывают любви, обиды Больные нуждаются в постоянном надзоре и уходе	Дисгармонии физического развития (микроцефалия, низкий рост, физический инфантилизм)

Примеры заболеваний, сопровождающиеся олигофрениями

Синдром Дауна

- Происходит увеличение числа хромосом до 47 (нормальное число 46)
- Интеллектуальная недостаточность выражена имбецильностью

Истинная микроцефалия (малоголовость)

- Недоразвитие головного мозга (больших полушарий). Особенно недоразвиты лобные доли
- Малоумие проявляется идиотией, при которой относительно удовлетворительно может быть развита эмоциональная сфера

Судебно-психиатрическое значение олигофрений

Волевые дефекты дебилов	Повышение внушаемости, склонность к подражанию (это может быть использовано другими лицами в противоправных целях)
Интеллектуальные дефекты	При психотравмирующей ситуации могут проявляться примитивные аффективные реакции в виде срыва
Поведение олигофренов (дебилов и имбецилов)	Гипердинамический тип характеризуется возбудимостью, подвижностью, раздражительностью, расторможенностью, повышением сексуального и пищевого влечений. Часто нуждаются в принудительном лечении
	Гиподинамический тип проявляется вялостью, безразличием, апатией, медлительностью

Общественно опасные действия совершаются в состоянии аффектов (ярости, гнева), которые они не в состоянии преодолеть в связи с ослаблением тормозных процессов

При СПЭ лица, страдающие идиотией и дебильностью как правило признаются невменяемыми. Основной 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.

Участие в уголовном или гражданском процессе:

Олигофрены с неглубоким умственным дефектом могут быть допрошены в качестве свидетелей или потерпевших

■ **При глубокой степени олигофрении** лицо, не способное правильно ориентироваться в ситуации, последовательно восстановить события и правдиво сообщить о них, не может давать показания по делу, а данные им ранее показания не считаются источником доказательств

■ Больные склонны к оговорам и самооговорам, что является результатом повышенной внушаемости, испугом, растерянностью.

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

■ **При легкой степени** дебильности не теряют дееспособность, могут вступать в брак, обладают родительскими правами, вправе заключать гражданские сделки и договоры

Приобретенные нарушения интеллекта

Органическая деменция - приобретенное снижение интеллектуально-мнестических функций

Причины:

- сосудистые заболевания головного мозга
- перенесенные черепно-мозговые травмы
- опухоли мозга
- интракраниальные инфекции
- экзогенно-органические вредности

Виды приобретённого слабоумия

По степени тяжести:

- Тотальные деменции
- Парциальные деменции

Тотальное слабоумие

■ Проявляется стойкими и выраженными нарушениями всех интеллектуальных функций:

- Нарушение памяти до степени прогрессирующей амнезии

- Нарушение активного внимания: больной не в состоянии сконцентрироваться на беседе, постоянно отвлекается, затрудняется в чтении, просмотре телепередач и т.д.

- Растормаживание инстинктивных потребностей (прожорливость, повышенная сексуальность, жадность)

- Колебания эмоций от эйфорически-благодушных до угрюмо-раздражительных

- Больные постепенно утрачивают индивидуальные личностные особенности, которые замещаются такими чертами, как эгоцентризм, недоверчивость, конфликтность, жадность, обидчивость

- Утрачивается критическое отношение к болезненному состоянию и поведению

- Встречается при тяжелых органических поражениях головного мозга: прогрессивный паралич, сенильные деменции

Парциальное (дисмнестическое) слабоумие - нарушение памяти, эмоций при сохранности интеллекта и критического отношения к своему состоянию

- Больные правильно воспроизводят факты жизни, но при этом путают их хронологическую последовательность; забывают даты, номера домов и т.д.

- Критика к нарушениям памяти сохраняется долго, больные записывают то, что необходимо сделать

- Эмоциональные расстройства: лабильность, раздражительность, тревожно-депрессивные расстройства

- Поведение адекватно, профессиональные навыки сохраняются на высоком уровне в течение длительного времени

- Встречается при сосудистых поражениях головного мозга (гипертонической болезни, церебральном атеросклерозе)

Синдромы, протекающие с нарушением памяти и интеллекта

1. Психоорганический синдром

Синдром Корсакова (амнестический синдром)

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

§ 2. Симуляция психических заболеваний

Это поведение, преследующее цель – изобразить субъектом судебного-следственного процесса несуществующие психические нарушения или искусственно их вызвать у себя с помощью медикаментозных или иных средств

Виды симуляции:

Истинная – симуляция психических нарушений здоровыми лицами.

Патологическая симуляция – симуляция психически больными лицами.

Виды патологической симуляции:

- **Аггравация** – преувеличение болезненных симптомов
- **Метасимуляция** – продление по времени
- **Сюрсимуляция** – изображение болезненных симптомов, не свойственных основному имеющемуся заболеванию

Диссимуляция – преднамеренное утаивание действительно существующих симптомов и синдромов психического заболевания.

§ 3. Временные психические расстройства

Исключительные состояния

Клиническое течение исключительных состояний

- начинаются и заканчиваются внезапно
- протекают на фоне измененного сумеречного помрачения сознания
- сопровождаются бурным двигательным возбуждением и агрессией
- лица недоступны контакту с другими людьми
- длятся непродолжительное время (минуты), после наступает истощение физических и психических сил («прострация»), сон с последующим восстановлением психического здоровья
- после отмечают полную или частичную амнезию

Виды исключительных состояний

- патологическое опьянение
- сумеречные состояния сознания
- патологическое просоночное состояние
- патологический аффект
- реакция «короткого замыкания»

Диагностика и судебно-психиатрическая оценка

- вызывает значительные затруднения, так как исключительные состояния никогда не бывают предметом непосредственного врачебного наблюдения
- лица, совершившие деяние в исключительном состоянии, признаются невменяемыми

Основные отличия физиологического и патологического аффектов

Физиологический аффект	Патологический аффект
Высшая интенсивность возбуждения	Сверхинтенсивность перевозбуждения
Соответствие вызвавшей причине	Несоответствие вызвавшей причине
«Сужение» сознания	Сумеречное помрачение сознания
Несдержанность в действиях	Потеря способности отдавать отчёт в своих действиях
Сохранение отдельных воспоминаний	Амнезия
Обычно не влечёт признание человека невменяемым	Человек, как правило, признаётся невменяемым

Реактивные состояния – это временные, обратимые нарушения психической деятельности, возникающие под влиянием экзогенных, психогенных расстройств, субъективно тяжело психически переживаемых, но носящих функциональный характер.

- не сопровождаются органическими изменениями вещества головного мозга, а выражаются только в расстройстве его функций

- после устранения травмирующей ситуации и смягчения тяжести переживаний психическое здоровье обычно полностью восстанавливается

- развиваются на основе одного и того же патофизиологического механизма (срыва высшей нервной деятельности)

Виды реактивных состояний:

- неврозы

- реактивные психозы

Неврозы

Проявляются:

- функциональными нарушениями в соматической сфере:

- вегетативными расстройствами

- сосудистыми расстройствами

- нарушениями деятельности желудочно-кишечного тракта

- в психической сфере:

- эмоциональной неустойчивостью

- раздражительной слабостью

Особенность неврозов:

- сохранность интеллекта и важнейших психологических характеристик личности

- обратимость патологической симптоматики

Судебно-психиатрическое значение невроза

Наличие невроза:

- не влечет невменяемости

- не лишает способности быть свидетелем, давать показания

- не является основанием для досрочного освобождения от наказания из учреждений уголовно-исполнительной системы

- Неврозы редко толкают человека на путь преступления

Реактивные психозы

Могут наступить у любого человека при большой силе психической травмы

Зависят:

- от состояния нервной системы

- типа высшей нервной деятельности

Легче и чаще возникают:

- у лиц с неполноценной или ослабленной нервной системой

- психопатов, перенесших черепно-мозговую травму
- юношей в период пубертата
- пожилых в период инволюции
- олигофренов с неглубоким слабоумием

Судебно-психиатрическая оценка реактивного психоза

■ если правонарушение совершено в состоянии реактивного психоза, необходимо установить его глубину

■ если правонарушитель не мог осознавать фактический характер своих действий и его общественную опасность в период психоза, отдавать отчет в своем поведении и руководить им, обвиняемый признается в отношении данного общественно опасного деяния невменяемым

■ Психическое состояние таких лиц подпадает под понятие временного психического расстройства (ст. 21 УК РФ)

§ 4. Хронические психические расстройства

Шизофрения

■ Шизофрения (раннее слабоумие, болезнь Блейлера) – «расщепление души» нарушение единства и целостности психики.

■ «шизо» с греч. – расщепление

■ «френ» – душа, разум

Шизофрения относится к числу заболеваний, которые развиваются под влиянием вредных воздействий у лиц с пониженной сопротивляемостью нервной системы врожденного или приобретенного характера. Многочисленными исследованиями установлено, что определенную роль в возникновении шизофрении играет отравление организма продуктами неправильного обмена веществ, но в этом вопросе очень много неясного.

Шизофрения – прогрессирующее психическое заболевание с различными психопатологическими симптомами, от легких, преходящих обратимых состояний до проявлений грубого шизофренического дефекта личности. В то же время память больного, его интеллект, формальные способности и полученные знания при этом заболевании остаются длительное время без значительных изменений. Несмотря на это, трудоспособность заболевшего шизофренией, конечно, падает.

Распространенность шизофрении – 1 % всего населения, в 3 раза чаще она наблюдается у мужчин и у лиц 15-25 лет.

Клиника шизофрении в основном характеризуется: нарастанием личностных изменений, проявляющихся в первую очередь аутизмом (болезненной замкнутостью, «ориентировкой внутрь себя», оторванностью от окружающего мира), чрезвычайной ранимостью, сужением круга интересов, неуживчивостью, конфликтностью, равнодушием к близким и их страданиям, бездушием (шизофренический «нарциссизм»), потерей любознательности и интереса к окружающим за пределами собственных, иногда совершенно экзотических, интересов, прогрессирующей вялостью и пассивностью, нарушением адаптации, характерной манерностью поведения, вздорностью, оригинальностью, многочисленными чудачествами. И в то же время отмечаются постоянная раздражительность, злобность, грубость, агрессивность, утрированный педантизм, сутяжничество.

Такая психическая несостоятельность нередко сопровождается:

- «философской интоксикацией» (эксцентричным изучением философско-мистических, метафизических и др. учений, которые захватывают человека целиком);

- разработкой собственных методов физического и духовного совершенствования;

- упорным стремлением к коллекционированию совершенно нелепых вещей (например, испражнений животных), изобретательству, различными реформам устройства мира и т.д.

Эти занятия совершенно непродуктивны, ничем не обогащают ни такое лицо, ни вообще общество, его развитие как личности приостанавливается. Приступы шизофрении усиливаются при умственном напряжении и социальных катаклизмах.

Основной особенностью шизофрении является нарушение единства и целостности психики, откуда и возникло ее название- Для таких больных характерна не утрата психических функций, а как бы их расслоение. Страдающие шизофренией большей частью не обнаруживают нарушений памяти, правильно ориентируются во времени, месте и в собственной личности, в реальном плане воспринимают окружающее. Но наряду с этим они ту же ситуацию могут толковать по-иному, в отрыве от действительности. Например, больной говорит, что ему 30 лет, и тут же заявляет, что он «жил во Вселенной еще до образования Земли». Подобная двойная ориентировка присуща многим больным, страдающим шизофренией.

Для шизофрении характерно и нарушение эмоциональной сферы. Оно выражается в постепенном притуплении чувств, угасании привязанности к родным и близким, в снижении интереса к любимым занятиям. Такие лица становятся вялыми, безразличными, у них наступает оскудение эмоций. Они не могут ни сердиться, ни радоваться, ни любить, ни ненавидеть и при всем этом вдруг обнаружить потрясающую ранимость.

С холодным и безразличным чувством больные могут совершать жестокие деяния: например, мать может систематически истязать своего ребенка, не испытывая при этом никаких волнений; сын спокойно убивает топором спящего отца.

У некоторых больных эмоциональные проявления могут быть неадекватны ни ситуации, ни представлениям, ни собственным мыслям. О печальных событиях они говорят со смехом, при радостных событиях плачут, по незначительному поводу дают бурную реакцию и, наоборот, значительное событие воспринимают безразлично.

К числу основных нарушений при шизофрении относятся также разнообразные расстройства мышления. Иногда они выражаются в склонности к бесплодному мудрствованию и резонерству. Больной, не имея достаточных знаний и опыта, нимало тем не смущаясь, пишет «философские трактаты» и «труды» по сложнейшим вопросам, излагая свои мысли путано, бессистемно и непонятно, но всегда с оттенком какого-то пафоса, высокой символики.

Присущая психически здоровому человеку логическая последовательность мышления у страдающего шизофренией в большинстве случаев расстраивается, и ассоциативные процессы нарушаются. В результате по-

добных нарушений больной говорит как будто бы последовательно, но его слова не имеют между собой смысловой связи. Приведенные фразы по содержанию недоступны для понимания. Бессмысленный набор не связанных между собой слов носит название «разорванности речи», характерной для шизофренического мышления. В ряде случаев речь сводится к произношению отдельных слов и фраз без какой-либо последовательности. Это так называемый «словесный салат».

Нередко обычные слова наделяются значением и смыслом, отличающимся от общепринятого. Иногда больные употребляют в речи и в письме новые, никому не известные, ими образованные слова.

Например, в судебно-психиатрической практике нарушения мышления часто встречаются в заявлениях и свидетельских показаниях, даваемых по уголовному и гражданскому делу лицами, страдающими шизофренией.

К числу основных симптомов шизофрении следует отнести также снижение или утрату присущей здоровому человеку активности. В резкой степени безволие выражается в том, что больные становятся бездеятельными и не проявляют никаких действий даже к удовлетворению простейших физиологических потребностей (например, по собственной инициативе не садятся за обеденный стол, не умываются, не убирают за собой и т.д.).

Одним из часто встречающихся симптомов шизофрении являются галлюцинации и бред.

Галлюцинации при шизофрении могут быть всех видов. Чаще всего наблюдаются слуховые: больных как будто окликают по имени, они слышат слова, отдельные фразы, «голоса», советы, ругательства, приказания; реже – обонятельные и осязательные: больным кажется, что пища пахнет жареным человеческим мясом; в воздухе чувствуется примесь едкого газа; к телу во сне кто-то прикасается; невидимые руки хватают за голову; еще реже – зрительные: в виде неотчетливых и расплывчатых образов и всевозможных «видений». Со времен русского психиатра В.Х. Кандинского выделяют так называемые «псевдогаллюцинации», которые отличаются от истинных, во-первых, меньшей яркостью, но самое главное, что воспринимаются они больными не органами чувств, а непосредственно мозгом. Другим важным качеством псевдогаллюцинаций является ощущение их «сделанности», т.е. больной не сам их ощущает, а кто-то заставляет его их чувствовать, наводит. Слуховые псевдогаллюцинации чрезвычайно характерны для шизофрении.

У больных шизофренией, совершивших общественно опасное деяние, чаще, чем у остальных психически больных людей, наблюдаются галлюцинации императивного характера, когда они слышат «неземной» властный голос, который приказывает: «Смирись! Покорись!» – или при-

казывает совершить то или иное, иногда опасное действие. Описанная симптоматика входит в синдром «психического автоматизма Кандинского-Клерамбо», делающего больного чрезвычайно опасным для окружающих.

У лиц, страдающих шизофренией, часто наблюдается бред. Правда, у некоторых больных его может и не быть. Бредовые идеи у них часто связаны с галлюцинациями. При шизофрении наиболее распространен бред преследования, ревности, отношения, воздействия, реже – ипохондрический и бред величия.

Например, один из больных, страдающих шизофренией с бредом воздействия и галлюцинациями, считал, что им завладела невидимая сила, его голова превратилась в радиостанцию или телефон и через нее пропускают посторонние плохие мысли, «речи из Нью-Йорка», которые вылетают из головы через уши или их приходится выплевывать. Он чувствовал, что за ним постоянно кто-то ходит и «тормозит» мозг, ему насильно поднимают веки, при помощи радиолокатора заражают гонореей.

Другой страдающий шизофренией с бредовой переоценкой собственной личности считал, что обладает «неведомой силой колдовства и гипноза», что, когда «начинает думать об обществе, начинается гроза, а в стенах домов и на стеклах окон появляются трещины».

Таким больным присущи всякого рода необычные ощущения. Один обследуемый жаловался на то, что чувствует себя «разделенным на две половины: правая – женщина, а левая – мужчина», в связи с чем, у него «двухслойное настроение». «Во мне, – говорил больной, – два Михаила», «у меня два мозга», но он не мог собрать мысли воедино. Другой жаловался, что его ресницы изменились, стали зелеными, а ноги «облиты ядом».

Нередко больные жалуются на то, что их мысли кто-то забирает из головы и взамен их вкладывает чужие мысли и переживания.

По бредовым мотивам они нередко отказываются от еды, и длительное время больных приходится кормить искусственно.

Внешне страдающие шизофренией обращают на себя внимание необычной мимикой, странной жестикуляцией, вычурными манерами, однообразно повторяющимися стереотипными движениями, неряшливостью. По странному поведению можно предположить о наличии псевдогаллюцинаций (затыкание пальцами ушей, ноздрей, замазывание их чем-либо и др.). Важно подчеркнуть, что больные никогда прямо не говорят, что слышат «голоса», и подчеркнутое упоминание об этом может наводить на мысль о симуляции психоза. Действия и поступки их нередко бывают неожиданными, непонятными и не соответствующими ситуации. Так, больной ходил в загс и заполнял анкету на вступление в брак, не имея невесты. Больные иногда внезапно и безмотивно совершают особо опасные действия. Страдающий шизофренией набросился на жену и убил ее, так как у

нее последнее время, как потом пояснил больной, «был строгий вид, она что-то скрывала от меня, а мне это не нравилось».

Больные шизофренией при длительном течении заболевания совершают несуразные, непонятные и безмотивные действия, становятся нелюдимыми, необщительными и бездеятельными. Они довольно часто уединяются. Для них типичны нарушение и несогласованность мыслей, чувств и поступков, отрыв их от реальной действительности, разлаженность и оскудение эмоциональной сферы, нарастание вялости, а в дальнейшем грубые расстройства мышления, речи и поведения.

Шизофрения – прогрессирующее тяжелое заболевание, имеющее свое начало, течение и исход. Во многих случаях удается установить время начала заболевания, поскольку клиника болезненного процесса вызывает у самого больного ощущение его резкого, полного личностного «перерождения». Вначале заболевание протекает остро, с выраженными симптомами, ему присущими (распирающие головные боли, отчужденность от окружающего, явления негативизма). В дальнейшем возможно затухание болезненных проявлений. Иногда спустя некоторое время под влиянием ряда неблагоприятных причин снова может возникнуть обострение шизофрении. Если болезненный процесс не приостановился и прогрессирует, то он часто приводит к заметному дефекту психики (дефектное состояние) и даже к полному распаду личности со слабоумием (исходное состояние). Больные в исходном состоянии внешне производят впечатление чудаков, они как-то по особенному жестикулируют, громко разговаривают сами с собой, иногда совершают нелепые поступки, интеллект их резко снижается.

Шизофрения, возникающая в детском и подростковом возрасте, характеризуется отсутствием паранойяльной формы. Чаще у детей и подростков наблюдаются гебефреническая и кататоническая формы. Начинается шизофрения у них обычно в виде страхов. Течение ее менее благоприятное, чем у взрослых.

В судебно-психиатрической практике больные, страдающие шизофренией в стадии ремиссии с дефектом, встречаются чаще, чем больные с острым течением. Объясняется это тем, что лица, перенесшие острый приступ шизофрении, при затухании процесса выписываются из больниц, находятся в семье, работают и иногда уже вне больницы совершают опасные деяния. Они-то и являются объектом судебно-психиатрической экспертизы.

Признаки шизофрении

Амбивалентность:

эмоциональная

- чрезвычайная ранимость
- неуживчивость, конфликтность

- равнодушие к близким и их страданиям (шизофренический «нарциссизм»)

- постоянная раздражительность, злобность, грубость, агрессивность, утрированный педантизм, сутяжничество интеллектуальная

- потеря любознательности и интереса к окружающим за пределами собственных, иногда совершенно экзотических интересов

- характерна манерность поведения, вздорность, оригинальность, многочисленные чудачества

волевая

- невозможность принять решение

- прогрессирующая вялость, пассивность

Симптомы шизофрении

Основные:

- аутизм

- нарушение ассоциативных связей

- эмоциональные проявления

Добавочные:

- бред

- галлюцинации

- кататонические (двигательные) нарушения

- гебефренические симптомы

Основные симптомы шизофрении

- Аутизм – погружение в мир личных переживаний или потеря контакта с действительностью

- Интеллектуальные нарушения – различные варианты расстройства мышления

- Эмоциональные нарушения – утрата морально-этических свойств, привязанности, сострадания к близким людям, часто сопровождающиеся злобой и неприязнью

Добавочные симптомы шизофрении

- Псевдогаллюцинации (слуховые – кто-то вкладывает больному свои мысли или крадёт его мысли)

- Истинные галлюцинации (слуховые – императивные)

- Бред (воздействия – кто-то руководит действиями, мыслями, чувствами; вычурный – контакт с инопланетянами)

- Кататонические расстройства

Клинические формы шизофрении:

- параноидная

- кататоническая

- гебефреническая

- гебоидная

- простая

Классификация шизофрении по течению

- 1. Непрерывная
- 2. Периодическая (рекуррентная)
- 3. Приступообразно-прогредиентная (шубообразная)

Судебно-психиатрическая интерпретация шизофрении

- Диагноз шизофрении в большинстве своем исключает применение наказания

При экспертизе наблюдаются значительные трудности диагностического характера. Они обусловлены разнообразием клинической картины заболевания, чрезвычайной сложностью установления некоторых психопатологических симптомов, относительностью прогноза течения заболевания и т.д.

Чаще всего от шизофрении приходится отграничивать некоторые реактивные состояния, отдельные формы психопатий, которые по симптоматике могут приближаться к шизофрении, и другие состояния. Диагностические трудности связаны в этих случаях с тем, что больные шизофренией могут диссимулировать заболевание. Так, иные больные, диагноз которых не вызывает сомнений, упорно доказывают, что ранее они симулировали психическое заболевание. Особенно часто подобные заявления исходят от больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении.

Заключение о наличии шизофрении необходимо давать только после всестороннего обследования, тщательного наблюдения и обстоятельного анализа клинической картины заболевания испытуемого, что возможно лишь в условиях стационара.

При проведении заочной судебно-психиатрической экспертизы по материалам дела и другим документам установить диагноз шизофрении или отвергнуть ранее поставленный практически невозможно. Не подлежит сомнению, что социально опасные больные, страдающие шизофренией, нуждаются в принудительном лечении. Сюда относятся те из них, которые обнаруживают бред преследования и воздействия, агрессивны и активны в поведении и обнаруживают частые обострения заболевания, а также больные, страдающие бредом ипохондрического содержания. В медицинской практике известен случай, когда такой больной нанес тяжелое телесное повреждение врачу, так как считал, что врач «испортил» его и поэтому он «весь сгнил», его кровь «выходит из тела вместе с голосами», а «моча через нос», «мозги сделались как вата», «руки и кожа высохли», «кости истончились».

Некоторое своеобразие имеет судебно-психиатрическая экспертиза потерпевших или свидетелей, страдающих шизофренией. Их показания не могут считаться источником доказательства, и поэтому такие лица, как

правило, не должны привлекаться для дачи показаний. Трудности возникают при экспертизе лиц, страдающих шизофренией и оговоривших себя или других лиц в болезненном состоянии. Нередко оговоры со стороны таких больных оказываются по своему существу не чем иным, как бредом.

При экспертизе по гражданским делам лица, страдающие острой формой шизофрении, признаются недееспособными. Недееспособными признаются и лица, обнаруживающие глубокий дефект личности, особенно при эмоциональной тупости, после перенесенного очередного приступа шизофрении. Исключение могут составлять лица, перенесшие шизофреническую атаку без грубых изменений личности. При сохранении критики, логически последовательном и разумном поведении такие лица могут быть признаны дееспособными.

Трудности возникают в отношении лиц, заключивших какой-либо гражданский акт в промежутке между болезненными приступами в период ремиссии. Вопрос о дееспособности в аналогичных случаях решается в зависимости от глубины и тяжести болезненных нарушений у больного шизофренией, заключившего сделку.

Судебно-психиатрическая экспертиза потерпевших или свидетелей, страдающих шизофренией

■ Показания не могут считаться источником доказательства, поэтому такие лица не должны привлекаться для дачи показаний

■ Трудности возникают при экспертизе лиц, страдающих шизофренией и оговоривших себя или других лиц в болезненном состоянии (проявление бреда)

Лица, страдающие шизофренией, иногда совершают самоубийства. Чаще всего это случается в начальном периоде заболевания, когда больной еще в состоянии критически оценивать происходящие в нем перемены, а психопатологические переживания очень ярки и когда для осуществления таких намерений у него хватает еще волевых усилий. В дальнейшем, при нарастании эмоциональной тупости и безразличия к дальнейшей судьбе попытки самоубийства больными совершаются много реже.

Но некоторые больные шизофренией кончают жизнь самоубийством после стабилизации клинической картины, когда бред уже оформился в определенную систему. Так бывает, например, под влиянием слуховых галлюцинаций императивного характера («голоса требуют уничтожить себя») или бреда (главным образом преследования и связанных с этим страхов и опасений за жизнь свою и близких или при наличии бреда ипохондрического характера, когда у них «гниют внутренности, и потому так дальше жить невозможно»).

Таким образом, судебно-психиатрическая оценка при шизофрении сводится к тому, что при острых периодах заболевания, психозах, отчетливых психопатологических изменениях и глубокой выраженности ши-

зофренического дефекта постановка диагноза не вызывает сомнения и больные признаются невменяемыми.

При нарушениях, совершенных больными в период длительной ремиссии и удовлетворительной социальной адаптации, без заметных личностных изменений, такие лица признаются вменяемыми.

В условиях стационарной судебно-психиатрической экспертизы при обнаружении экспертами личностных изменений (шизофренического дефекта) и стойких психопатологических позитивных расстройств (астении, депрессии, маниакальности, навязчивости, деперсонализации, ипохондрии, истерии, сверхценных идей, паранойальности, галлюцинации, бреда, кататонии, помрачения сознания, импульсивности) даже в период ремиссии такие больные признаются невменяемыми.

Следует также учитывать и то, что для больных шизофренией характерна как психопатологический симптом анозогнозия психических заболеваний (чаще у больных бредовым и депрессивным синдромами, которые из-за особенности болезненного состояния предпочитают нести уголовную ответственность за правонарушения, чем быть признанными психически больными). Следует отметить, что в учреждениях уголовно-исполнительной системы особенно часто отмечаются случаи аггравации психических нарушений с целью направления в больницу и возможного досрочного освобождения из мест лишения свободы по психическому заболеванию.

В последние годы констатируются многочисленные случаи, когда в период следствия и суда психически здоровые лица пытаются симулировать шизофрению с целью уклонения от уголовной ответственности.

Эпилепсия

Причины эпилепсии

- родовая травма
- ушибы головы
- инфекционные заболевания
- воспалительные процессы в головном мозге и его оболочках
- интоксикации
- наследственное предрасположение

Эпилептический припадок – результат появления в головном мозге человека эпилептического очага, в котором одновременно возбуждается большое число нейронов и развивается судорожный разряд

Возникновение эпилептической болезни ставится в зависимость от неблагоприятных воздействий на мозг плода во внутриутробном периоде и на ранних этапах жизни ребенка. К числу факторов, вызывающих эпилепсию, относятся родовая травма, ушибы головы, инфекционные заболевания, воспалительные процессы в головном мозгу и его оболочках, а также различные интоксикации. Определенную роль в происхождении ее

играет наследственное предрасположение. В некоторых случаях причина эпилепсии остается не выясненной до конца.

Большой судорожный («геннуинный») припадок – его возникновению обычно предшествуют предвестники: чувство недомогания, плохое настроение, сердцебиение, головные боли. По своему опыту больной знает, что при появлении перечисленных ощущений приближается припадок.

Сам припадок может начаться без каких-либо внешних причин и независимо от того, где находится больной. Он также может быть спровоцирован психическими переживаниями, алкоголем и другими причинами, среди которых особенно опасны очень сильные или ритмические раздражения (громкий звонок, ритмическая музыка или световые мелькания). Припадок, произошедший на производстве, у движущихся механизмов, водоемов, огня и на высоте может повлечь за собой тяжелые последствия для здоровья и жизни больного.

Уже за некоторое время до припадка у большей части больных возникает чувство дискомфорта, иногда достигающее до безотчетного страха, или, наоборот, блаженное состояние. Больному может казаться, что находящиеся вокруг предметы движутся, то увеличиваются, то уменьшаются, он видит вспыхнувшее яркое пламя, слышит пронзительный свист, грохот, удар колокола, «неземное пение», чувствует дуновение ветра, едкий запах. Нередко больной начинает кружиться на месте, выкрикивает одни и те же слова или внезапно с пронзительным криком срывается с места и куда-то бежит. Эти явления представляют собой начальную фазу припадка и носят название ауры (что значит «дуновение»). Переживания больного в этот момент ярко описаны в знаменитом романе Ф.М. Достоевского «Идиот».

У больных аура протекает неодинаково, но у каждого из них она большей частью повторяется в виде зрительных, слуховых, осязательных галлюцинаций (видений, голосов, ощущений ветерка). Характер ауры может указывать на зону локализации очага патологического возбуждения в мозге – так называемого эпилептического очага.

Большой судорожный припадок

Припадок может быть спровоцирован:

- психическими переживаниями
- алкоголем
- очень сильными или ритмическими раздражениями (громким звонком, ритмической музыкой или световыми мельканиями)

Предприступное состояние – аура (дуновение)

Больные испытывают:

- чувство дискомфорта
- блаженное состояние
- находящиеся вокруг предметы движутся, увеличиваются, уменьшаются

- видят вспыхнувшее яркое пламя
- слышат пронзительный свист, грохот, удар колокола
- слышат «неземное пение»
- чувствуют дуновение ветра, едкий запах

Эпилептический припадок:

- начинается с нечеловеческого крика и падения больного, сознание теряется
- лицо из бледного становится багровым и перекашивается
- тонические судороги – все мышцы напрягаются, тело выгибается «дугой»
- клонические судороги – спустя 20-30 с – ритмические сгибания и разгибания отдельных конечностей и судорожные сокращения мышц всего туловища
- непроизвольное выделение мочи и кала
- судорожное сжатие челюстей, язык прикусывается до крови
- дыхание затрудненное, прерывистое, изо рта выделяется слюна в виде пены, окрашенной кровью
- зрачки резко расширены и не реагируют на свет
- на внешние раздражения больной не откликается, в контакт не вступает
- продолжительность припадков 3-5 минут

Постприступное состояние

- судороги затихают и прекращаются
- больной медленно приходит в сознание
- после приступа засыпает глубоким и длительным сном
- воспоминаний о припадке не остается

Малый припадок

- Внезапный обрыв сознания на короткое время (несколько секунд или минут), без потери равновесия и без прикусывания языка
- Судороги выражаются в едва заметных сокращениях мышц лица и конечностей
- Больной впадает в оцепенение, устанавливает взгляд в одну точку или, с отсутствующим взором озирается вокруг – абсанс («отсутствие»)

Во время эпилептического припадков больной бессознательно может причинить вред себе и другим. Падающий больной может разбить витрину и испортить товары; шофер, страдающий эпилепсией, может во время припадков потерять способность управлять автомобилем и тем вызвать аварию.

Эпилептические припадки не всегда протекают столь типично, как было описано выше. К числу атипичных эпилептических припадков отно-

сятся малые припадки, абсансы, психические эквиваленты и «эпилептическое буйство».

Малый припадок (по-французски – petit mal) – это припадок эпилептического происхождения, отличительной особенностью которого является внезапный обрыв сознания на короткое время (несколько секунд или минут), но с сохранением прежней позы, без потери равновесия и без прикусывания языка. Судороги при малом припадке если и бывают, то выражаются в едва заметных сокращениях мышц лица и конечностей. Такие кратковременные состояния окружающие не всегда замечают. Иногда припадок может сопровождаться потерей сознания на короткий миг, речь обрывается, и больной как бы впадает в оцепенение, устанавливает взгляд в одну точку или, наоборот, с отсутствующим взором озирается вокруг. Это так называемый абсанс (по-французски – «отсутствие»).

Наибольшее внимание в судебно-психиатрической практике привлекают к себе атипичические эпилептические приступы, протекающие с явлениями сумеречного расстройства сознания, без судорог, но с рядом автоматических, бессмысленных действий и поступков. Это так называемые **психические эквиваленты**. Они могут быть вместо припадка, предшествовать ему и развиваться после него. Эквиваленты нередко длятся больше времени, чем припадок, и сопровождаются сложными действиями и необычным поведением больного, что обусловлено нарушением сознания при сохранности моторики (раздеванием, убеганием с места происшествия и др.). Сумеречное состояние сознания при психическом эквиваленте обычно выражается в дезориентировке больного во времени и месте. Окружающее больной вовсе не воспринимает или воспринимает искаженно. В данный период могут наблюдаться зрительные галлюцинации устрашающего характера, сопровождающиеся чувством экстаза (экстатические галлюцинации).

Но врачи отмечают также и эпилептические припадки в виде «эпилептического буйства». Оно длится также недолго, как правило, несколько минут (редко несколько часов), но представляет страшную картину разрушений. Дело в том, что в этот период больные испытывают быстро проходящие ужасающие галлюцинации и потрясающие их бредовые идеи преследования, когда больному кажется, что окружающие, родные, близкие что-то замышляют против него, «собираются убить» т.п. Под влиянием страха больные, спасаясь от преследователей, совершают убийства или выбрасываются из окна, с невероятной силой разрушают все, что попадается на их пути.

Убийства, тяжелые ранения, увечья, совершаемые больными эпилепсией в сумеречном состоянии, отличаются чрезвычайной жестокостью, бессмысленностью, отсутствием тенденции к сокрытию следов. В отдельных случаях они, совершив убийство, засыпают около жертвы. Обо всем

происшедшем больные не помнят, их воспоминания носят отрывочный характер, причем воспроизводятся лишь отдельные эпизоды из болезненных переживаний.

Следует иметь в виду, что в иных случаях эмоциональные переживания, предшествующие расстройству сознания, оказывают влияние на поступки и поведение больного в сумеречном состоянии, что создает иногда впечатление целевого и осмысленного поведения. Больной эпилепсией, питающий злобу к определенному лицу, в сумеречном состоянии может нанести ему телесные повреждения.

У некоторых больных сознание помрачается не столь глубоко и оно сосредоточено на каком-либо определенном круге явлений. Поведение и поступки в этот период носят автоматизированный характер. Это так называемый **амбулаторный автоматизм**.

Больные в подобном состоянии совершают ряд целесообразных действий, не привлекая внимания окружающих. Описаны, например, самостоятельные поездки в подобном состоянии на далекое расстояние и длившиеся значительное время (несколько дней и даже недель). Произошедшее больные потом не помнят. Самым поразительным является то, что окружающие могут и не подозревать о том, что человек, покупающий в кассе билет на поезд, находится в состоянии амбулаторного автоматизма, настолько, казалось бы, обычны его действия.

Психические эквиваленты припадка

Могут быть вместо припадка, предшествовать ему, развиваться после него

- Сумеречное состояние сознания
 - Галлюцинации, бредовые идеи преследования
 - Под влиянием страха больные совершают убийства или выбрасываются из окна
 - Убийства отличаются жестокостью, бессмысленностью, отсутствием тенденции к сокрытию следов, совершив убийство, больные засыпают около жертвы
 - О произошедшем больные не помнят, их воспоминания - отдельные эпизоды из болезненных переживаний
- Амбулаторный автоматизм
 - Поведение и поступки в этот период носят автоматизированный характер
 - Сознание помрачается неглубоко и оно сосредоточено на каком-либо определенном круге явлений
 - Например: самостоятельные поездки в подобном состоянии на далекое расстояние и значительное время (несколько дней и даже недель). Произошедшее больные потом не помнят.

■ Дисфории

- Беспричинные расстройства настроения
- Предшествует припадку или наступает после него
- У больных появляется злобность, тоскливость, раздражительность, беспокойство, страхи
- Больные не находят себе места, мечутся, блуждают, предпринимают бесцельные поездки (дромомания)
- Выпивают с целью «успокоиться». Пьянство приобретает характер запоя

К числу психических нарушений, наблюдаемых у страдающих эпилепсией, следует отнести также дисфории – беспричинные расстройства настроения. При дисфориях у больных без внешних причин появляется злобность, тоскливость, раздражительность, беспокойство, иногда страхи. Больные не находят себе места, мечутся, блуждают, предпринимают бесцельные поездки (дромомания). Иногда прибегают к алкоголю, чтобы «заглушить тоску», при этом пьянство у них нередко приобретает характер запоя. Описанные расстройства настроения обычно длятся несколько дней и затем обрываются. Чаще всего дисфория предшествует припадку или наступает после него. Самоубийства при эпилепсии довольно редки и если совершаются, то обычно в состоянии глубокой дисфории.

При расстройствах настроения у эпилептиков возможны тяжелые агрессии, которые могут быть предметом судебно-психиатрической экспертизы.

Самоубийства при эпилепсии довольно редки и если совершаются, то обычно в состоянии глубокой дисфории

Почти у всех лиц, страдающих эпилепсией, при длительном течении заболевания наступают *стойкие эпилептические изменения личности и эпилептическое слабоумие*. Больные становятся мелочными, педантично аккуратными, грубыми и придирчивыми, раздражительными и вспыльчивыми, склонными к агрессии и жестокости, злопамятными и мстительными. Но в то же время наряду с этим они бывают льстивыми, подобострастными, излишне, до самоуничижения услужливыми (эпилептоидная амбивалентность). В эти периоды мышление их становится замедленным, вязким, тугоподвижным, конкретным по содержанию, речь тягучая, многословная, в разговоре такие больные излишне подробно останавливаются на незначительных мелочах, часто употребляют уменьшительные и ласкательные имена. Критика больных снижается, и они не в состоянии отделить существенное от несущественного и раздражаются, когда их перебивают. Такие больные заняты собой и своим здоровьем, что, конечно же, отчасти можно объяснить и его тяжестью, непредсказуемостью припадков и их смертельной опасностью. Память у них заметно ослабевает, круг интересов постепенно сужается, утрачиваются приобретенные в процессе

обучения знания и профессиональные навыки, снижается и сообразительность.

Эпилептическое слабоумие – стойкие эпилептические изменения личности

Симптомы:

- мелочность, педантичная аккуратность
- грубость, придирчивость, раздражительность, вспыльчивость
- склонность к агрессии, злопамятность, мстительность
- больные бывают льстивыми, подбострастными, услужливыми
- речь тягучая, многословная, часто употребляют уменьшительно-ласкательные имена
- память ослабевает
- утрачиваются приобретенные в процессе обучения знания и профессиональные навыки
- снижается сообразительность
- болезненная религиозность

Судебно-психиатрическая оценка

Для решения вопроса о том, было или не было в период совершения деяния сумеречного помрачения сознания, исключительную ценность представляет описание ситуации, обстановки и сведения, собранные следствием от очевидцев сразу после происшедшего. В свидетельских показаниях должно быть отобразено все, что касается внешнего вида, поведения, мимики, жестыкуляции, движений, речевой продукции обвиняемого перед правонарушением, в период совершения и после него. Необходимо выяснить, не явилось ли деяние бесцельным и немотивированным актом, не было ли признаков, свидетельствующих о расстройстве сознания (бессмысленного бормотания, выкриков, блуждания), и к какому периоду относится начало психического расстройства, не было ли последующего сна и через какой промежуток времени после деяния он наступил, а также выяснить, что обвиняемый помнит из происшедшего. Должен быть установлен факт также того, не страдал ли подэкспертный в прошлом припадками и какими. Невменяемыми могут быть признаны также испытуемые с частыми эпилептическими припадками.

Значительные трудности представляет разрешение вопроса о вменяемости при эпилептическом изменении личности и слабоумии. Решающим здесь является установление глубины возникших постэпилептических изменений. Иногда на первый взгляд может сложиться впечатление о наличии у больного эпилепсией глубокого слабоумия. В дальнейшем, однако, при обследовании в психиатрическом стационаре это впечатление не подтверждается, и подэкспертный оказывается не настолько слабоумным, чтобы он не мог осознавать фактического характера и общественной

опасности своих действий (бездействия) либо руководить ими и отдавать в них себе отчет. Для решения поставленного вопроса важны сведения о поведении испытуемого до совершения преступления, в обыденной обстановке, в семье и в коллективе.

Больные, страдающие эпилепсией и признанные невменяемыми, как правило, представляют выраженную опасность для окружающих и поэтому нуждаются в принудительном лечении. Особенно опасны те из них, у которых возникают сумеречные состояния с бредом и галлюцинациями, переживаниями страха, повышенной склонностью к аффектам гнева и агрессивному поведению.

Наличие эпилепсии не всегда лишает способности больных давать свидетельские показания. Не могут быть свидетелями только лица с резко выраженным эпилептическим слабоумием, которые в силу психопатологических (болезненных) недостатков не способны правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правдивые показания.

Самооговоры среди больных эпилепсией наблюдаются все же реже. Чаще встречаются оговоры у эпилептиков, у которых заболевание сопровождается сутяжным поведением. В то же время в практике имеют место случаи, когда некоторые лица, обнаруживающие эпилептическое слабоумие, пишут клеветнические заявления в правительственные учреждения, жалуются на врачей (которые «считают их симулянтами и не хотят вылечить»), соседей (которые «издеваются над ними»), продавцов магазинов (которые «грубо обходятся с ними»), представителей милиции. Заявления по содержанию и форме могут свидетельствовать о слабоумии их авторов.

Довольно трудной является экспертиза осужденных, страдающих эпилепсией и отбывающих наказание в исправительных учреждениях. Эпилепсия не всегда является основанием для досрочного освобождения по медицинским показаниям. Могут быть освобождены только те лица, у которых припадки участились уже в местах заключения или утяжелился их характер, появились, например, сумеречные помрачения сознания с блужданием, которых не было раньше. Нужно иметь в виду возможность у больных эпилепсией учащения припадков, изменения их характера, ухудшения общего состояния в связи с создавшейся для них ситуацией режима и изоляции. Экспертное заключение в этих случаях может быть дано только в результате стационарного обследования.

Так как эпилептическая болезнь течет длительно, то хронические изменения в поведении и клинической симптоматике обычно наступают не сразу. Поэтому трудно допустить, чтобы у лиц, находящихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы непродолжительное время, могло развиться слабоумие. Если осужденный действительно обнаруживает эпилептическое слабоумие, можно предположить наличие ошибки,

допущенной в стадии следствия и разбирательства в суде. Очевидно, в таких случаях судебно-психиатрическая экспертиза не была проведена или эксперты-психиатры не смогли найти у больного глубоких эпилептических изменений личности.

Вопрос о дееспособности при эпилепсии возникает не так редко. Недееспособным может быть признано только лицо с выраженным эпилептическим слабоумием. Споры возникают обычно в случаях, когда лицо обнаруживающее эпилептическое слабоумие, заключило сделку, которая, как потом оказывается, ставит его в невыгодные условия. Естественно, что подобного рода сделка должна считаться недействительной, а больные — нуждающимися в опеке.

При наличии эпилептических припадков, протекающих без значительных изменений личности, нет основания делать вывод о недееспособности.

■ В период приступа общественно опасные деяния не считаются преступлением, не могут быть вменены в вину больным.

■ В вопросе о сумеречном помрачении сознания в период совершения деяния, ценность представляют описание ситуации, обстановки и сведения от очевидцев сразу после происшедшего.

■ Страдающие эпилепсией и признанные невменяемыми нуждаются в принудительном лечении.

■ Особенно опасны те, у которых возникают сумеречные состояния с бредом и галлюцинациями, переживаниями страха, повышенной склонностью к аффектам гнева и агрессивному поведению.

■ Наличие эпилепсии не лишает способности больных давать свидетельские показания.

■ Не могут быть свидетелями только лица с резко выраженным эпилептическим слабоумием.

■ Недееспособным может быть признано только лицо с выраженным эпилептическим слабоумием. Сделки должны считаться недействительными, а больные — нуждающимися в опеке.

■ При наличии припадков, протекающих без значительных изменений личности больные дееспособны.

Алкоголизм

Алкоголизм — это заболевание, характеризующееся патологическим влечением и зависимостью от алкоголя, приобретённое в результате систематического потребления спиртных напитков

Пьяными совершаются 76% агрессивных противоправных деяний, 66% всех убийств, 52% изнасилований и т.д. Исследователи данной проблемы указывают на то, что преступность в России в очень большой степени зависит от интенсивности алкоголизации населения.

Алкоголь может привести и к таким болезненным состояниям, которые расцениваются врачами как тяжелые психические расстройства (патологическое опьянение, алкогольные психозы и другие). Они в отличие от других форм (простое опьянение, хронический алкоголизм и др.), в соответствии со ст. 21 УК РФ, исключают вменяемость и при совершении в таком состоянии общественно опасного деяния требуют принудительных мер медицинского характера. Это связано с тем, что в происхождении психотических состояний в этом случае участвует не столько алкоголь, сколько сложные биологические (до конца не ясные) механизмы, обусловленные психопатологическими и морфологическими изменениями центральной нервной системы.

Виды патологических состояний, вызванных алкоголем

- простое алкогольное опьянение
- патологическое опьянение
- хронический алкоголизм
- алкогольный психоз

Простое алкогольное опьянение

зависит от:

- дозы алкоголя
- индивидуальных особенностей
- физического состояния организма
- пола

Степени алкогольного опьянения

Простое алкогольное опьянение. Обычное, или простое, опьянение протекает по-разному. Это зависит от дозы алкоголя, индивидуальных особенностей, физического состояния организма, пола и иных обстоятельств.

Поведение человека, находящегося в состоянии опьянения, почти всегда обусловлено не только непосредственным влиянием алкоголя, но и рядом других факторов, связанных с воспитанием, привычками, психологическим состоянием. Необходимо обратить внимание и на то, что мужчины пьянеют медленнее, чем женщины, а трезвеют быстрее. Дело заключается в более эффективной у них энзимной системе. У мужчин часть алкоголя «метаболизируется» уже в желудке, а у женщин вся нагрузка падает на печень. Этанол задерживается в желудках мужчин дольше, а у женщин сразу попадает в кишечник, где он быстрее адсорбируется. Поэтому у женщин процентное содержание алкоголя в крови поднимается быстрее, отсюда и быстрое их опьянение.

И все-таки изменение поведения после приема алкоголя связано в первую очередь с личностными особенностями пьющего, а не с его полом. Употребившие спиртные напитки женщины ведут себя менее агрессивно, чем мужчины. Следует также обратить внимание на то, что те мужчины,

которых спиртные напитки делают излишне агрессивными, в трезвом состоянии в повседневной жизни являются слишком психологически «зажатыми» в личной, семейной и общественной жизни.

Классифицируется алкогольное опьянение в судебной психиатрии по степеням как легкое, среднее и тяжелое.

В легкой (начальной) степени ускоряется сердечная деятельность, движения становятся оживленными, расширяются кровеносные сосуды, благодаря чему лицо краснеет, появляются чувство теплоты в теле, чувство физического и душевного благополучия, веселое, благодушное, беззаботное настроение, беспечность, развязность, стремление к общению с другими людьми, говорливость, обильная жестикуляция, склонность к шуткам и остротам. Опьяневший самоуверен, хвастлив, иногда преувеличивает свое состояние опьянения по сравнению с действительным.

В средней степени по мере усиления опьянения пьяный человек то продолжает быть беспричинно веселым, то у него постепенно нарастает угнетенное состояние, подавленное настроение, тоска, появляются «пьяные» слезы, самобичевание. Иногда наступает раздражительность со склонностью к конфликтам и агрессии. В это время констатируют заметное снижение критики к своему поведению, потерю чувства меры и такта, появление повышенной обидчивости, бурных аффективных реакций по незначительному поводу. Почти всегда у них мышление становится непоследовательным, суждения поверхностны. Отмечают также повторение одних и тех же фраз и слов. У большинства при опьянении внимание неустойчиво и легко отвлекаемо, речь затруднена, движения неточны, походка шатающаяся.

В тяжелой степени по мере нарастания опьянения, особенно при приеме значительной дозы алкоголя, появляются слюнотечение и рвота. Такие лица с трудом уже понимают то, что им говорят, на вопросы отвечают невпопад, речь их малопонятна, походка и координация движений полностью расстраиваются, и затем чаще всего наступает глубокий сон. О событиях, имевших место в данный период, воспоминания нередко отсутствуют или сохраняются частично, отрывками и в искаженном виде.

Лёгкое алкогольное опьянение

- ускоряется сердечная деятельность
- движения оживленные, говорливость
- лицо краснеет
- беззаботное настроение, беспечность, развязность
- обильная жестикуляция, склонность к шуткам и остротам
- опьяневший самоуверен, хвастлив, иногда преувеличивает свое состояние опьянения по сравнению с действительным
- реакции замедляются, внимание рассеивается
- затрудняется критика к себе и своему состоянию

Средняя степень алкогольного опьянения

- периоды беспричинного веселья сменяются угнетенным состоянием, «пьяные» слезы, самобичевание
- раздражительность, агрессия
- мышление непоследовательное (повторение одних и тех же фраз и слов)
- внимание неустойчиво и легко отвлекаемо, речь затруднена, движения неточны, походка шатающаяся

Тяжёлая степень алкогольного опьянения

- появляются слюнотечение и рвота
- непроизвольное мочеиспускание, дефекация
- на вопросы отвечают невпопад, речь малопонятна
- походка, координация движений полностью расстраиваются
- глубокий сон
- воспоминания нередко отсутствуют или сохраняются частично, отрывками и в искаженном виде

Судебно-психиатрическая оценка простого опьянения

■ Лица, совершившие преступление в состоянии алкогольного опьянения, подлежат привлечению к уголовной ответственности за содеянное, так как само опьянение не является основанием для смягчения наказания. Может быть назначено принудительное лечение ст.99 и 104 УК РФ

■ Психические нарушения, возникающие под влиянием алкоголя при простом алкогольном опьянении, не включают в себе симптомов, которые давали бы право говорить о наличии признаков психоза

■ Состояние опьянения (свидетеля, потерпевшего) снижает правильность и реальность восприятия

■ Можно говорить о меньшей доказательной ценности показаний опьяневшего, но не об устранении их в качестве источника доказательств

■ В гражданском процессе соглашения нельзя признать недействительными из-за алкогольного опьянения

Патологическое опьянение (острый транзиторный психоз, протекающий в виде сумеречного помрачения сознания). Это временное психическое расстройство, когда субъект утрачивает способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими.

■ Встречается в 1% всех экспертиз, как правило, только у молодых мужчин и сопровождается особо тяжкими общественно опасными действиями

Имевшие место до возникновения патологического опьянения переживания иногда включаются в болезненное состояние. В иных случаях

находящийся в состоянии патологического опьянения как будто бы учитывает внешнюю обстановку и его действия носят не хаотический и беспорядочный характер, а производят впечатление целенаправленных и упорядоченных. Но при более тщательном исследовании выясняется наличие болезненных побуждений и мотивов, галлюцинаторных и бредовых переживаний.

Нарушение сознания, искаженное восприятие внешних явлений и автоматизм действий наглядно видны на примере, приводимом ниже, когда после принятия небольшой дозы алкоголя опьяневший совершил ряд бессмысленных и безмотивных действий.

Формы патологического опьянения:

■ Эпилептоидная: дезориентировка, резкое психомоторное возбуждение, аффект страха, гнева, злоба, молчаливая и бессмысленная агрессия

■ Параноидная: менее глубокое расстройство сознания, галлюцинаторные и бредовые переживания, аффект страха, тревоги

Признаки патологического опьянения:

■ внезапное начало, кратковременное течение

■ отсутствие внешних признаков опьянения

■ расстройство сознания

■ искаженное восприятие и бредовая оценка окружающего

■ сохранность моторики и автоматический характер движений, двигательное беспокойство

■ отсутствие контактов с окружающими

■ отрывочные высказывания, стереотипное повторение одних и тех же слов

■ последующий глубокий сон и амнезия

Судебно-психиатрическая оценка патологического опьянения

■ Ценным является тщательно собранный следствием материал, отражающий поведение подэкспертного, его внешний вид и речь во время правонарушения, а также свидетельские показания, содержащие данные о неправильном восприятии им окружающего, нарушении сознания, болезненных переживаниях, наличии бреда и галлюцинаций

■ Лица, совершившие противоправные действия в состоянии патологического опьянения, признаются невменяемыми как совершившие общественно опасное деяние в состоянии временного психического расстройства

Ошибки при диагностике патологического опьянения возникают главным образом в связи с тем, что распущенность, возбудимость, желание произвести впечатление на окружающих, хулиганство пьяного неправильно расцениваются как болезненные, патологические проявления. Для доказательства патологического опьянения неправильно будет ссылаться

на кажущуюся безмотивность преступления и его нелепый характер, на то, что преступление якобы чуждо складу данной личности в ее обычном состоянии. Все эти предположения не могут служить доказательствами патологического опьянения.

Нередко при постановке диагноза патологического опьянения переоценивается значимость перенесенных в прошлом травм черепа или инфекционных заболеваний, которые сами по себе отнюдь не определяют возникновения патологического опьянения. Суждение о характере опьянения должно быть обосновано клиническим анализом картины состояния, а не перечислением перенесенных в прошлом травм и заболеваний.

Ошибки возникают и из-за того, что эксперты-психиатры диагноз патологического опьянения ставят не на основании психопатологического анализа всей картины психического состояния в период совершения преступления, а по наличию одного-двух, к тому же малонадежных признаков, таких, например, как амнезия (отсутствие воспоминаний о содеянном).

Патологическое и простое опьянение по клиническим проявлениям представляют качественно совершенно различные явления, и между ними нет промежуточных состояний. Поэтому патологическое опьянение нельзя рассматривать как продолжение или более выраженное простое алкогольное опьянение.

Основанием для констатации всех этих явлений служат свидетельские показания и другие доказательства по делу, отмечающие необычность поведения подэкспертного, его внешний вид, состояние моторики и характер высказываний.

Хронический алкоголизм

■ систематическое злоупотребление алкоголем, неудержимое к нему влечение

■ невозможность дозирования выпитого

■ появление потребности опохмелиться после алкогольного эксцесса

■ постепенная психическая, соматическая и социальная деградация личности

Хронический алкоголизм – его основными признаками являются систематическое злоупотребление алкоголем, неудержимое к нему влечение, невозможность дозирования выпитого, появление потребности опохмелиться после алкогольного эксцесса, постепенная психическая, соматическая и социальная деградация личности.

В развитии хронического алкоголизма выделяют три последовательные стадии, характеризующиеся совокупностью четко очерченных сим-

птомов. Эти специфические симптомы болезни лежат в основе классификации хронического алкоголизма профессора И.В. Стрельчука (1966):

1-я стадия – начальная, или компенсированная, при которой преобладают психическая зависимость от алкоголя, начальные психические изменения и функциональные расстройства со стороны сомато-неврологической сферы, в том числе и изменение (заострение) черт характера и другие нарушения;

2-я стадия – средняя, или субкомпенсированная, при ней формируется так называемый «алкогольный характер», к психопатоподобным расстройствам присоединяются физическая зависимость к алкоголю, органические нарушения со стороны сомато-неврологической сферы, абстинентный синдром – синдром похмелья, появляются острые алкогольные психозы;

3-я стадия – тяжелая, или декомпенсированная, когда наступают глубокие психические, сомато-неврологические и социальные осложнения, вплоть до физической немощи и психического (алкогольного) слабоумия.

Несмотря на то что частота правонарушений коррелирует с особенностями клинической картины болезни, нельзя упрощенно полагать, что противоправные действия являются прямым ее следствием. Следует особо подчеркнуть, что существенное значение, прежде всего, имеет аномальная структура личности в преморбиде (предшествующей жизни) в сочетании с неблагоприятной микросоциальной средой. Судебно-психиатрическая практика говорит о том, что наиболее тяжкие общественно опасные действия совершаются лицами с эпизодическим употреблением алкоголя, бытовым пьянством, с 1-й стадией хронического алкоголизма, нежели больными со 2-й и 3-й стадиями (что также объясняется и их возрастом).

От хронического алкоголизма необходимо, конечно, отграничивать эпизодическое, случайное употребление алкоголя и привычный бытовой алкоголизм, при котором алкоголь потребляется хотя бы и в значительных дозах, но без неудержимого влечения к нему, когда одна выпитая рюмка неизбежно приводит к тяжкому алкогольному эксцессу. При умеренном, но систематическом употреблении алкоголя в дальнейшем обычно развивается болезненная привычка к нему, и из случайного источника легкого возбуждения алкоголь превращается в постоянную или периодически обостряющуюся необходимую потребность, с потерей способности воздержаться от его употребления, несмотря на наличие неприятных последствий в соматической и психической сферах, хорошо осознаваемых пьющими.

Внешний вид хронических алкоголиков типичен. Обращает на себя внимание опухшее лицо землисто-серого цвета с дряблой морщинистой кожей, воспаленные глаза, красный, с множеством мелких извитых (ре-

зультат склероза) сосудов нос, мешки под глазами (отеки), дрожащие руки, охрипший голос, постоянный кашель (хронический бронхит алкоголиков), неряшливая внешность. Эти лица выглядят старше своего возраста.

Среди прибегающих к систематическому употреблению алкоголя чаще встречаются лица с неустойчивой и ослабленной нервной системой, после черепно-мозговой травмы, перенесшие инфекционные заболевания. У них постепенно изменяется характер, они становятся раздражительными, неуверенными в себе, грубыми, эгоцентричными, недоверчивыми, не уделяют внимания семье, все больше опускаются. Иногда, наоборот, у таких лиц развиваются повышенная самоуверенность, благодушие, склонность к плоским, грубым, мрачным и неуместным шуткам (алкогольный юмор). Они подтрунивают над собой, употребляют нехстаты поговорки. В состоянии опьянения плачут, целуются и тут же затевают драку. Постепенно снижаются память, внимание, сообразительность, трудоспособность, повышается утомляемость, они становятся неспособными к планомерному труду, не переносят длительных усилий, в результате чего деградируют на работе. Себя алкоголиками не считают, и в своих лишениях винят не себя, а окружающих, начальство, семью, жену, тещу, других родственников.

Отличительным признаком хронического алкоголизма является описанный С.Г. Жислиным (1965) синдром похмелья, который появляется после протрезвления и выражается в дрожании (треморе) конечностей, головокружениях, шуме в ушах, головных болях, повышенной потливости, устрашающих сновидениях, тошнотах по утрам, подавленном настроении и других вегетососудистых нарушениях. Указанные явления проходят при новом приеме хотя бы в незначительном количестве алкоголя («похмелье»). В дальнейшем, после периода усиленного злоупотребления алкоголем, может наступить более или менее длительный период воздержания, а затем снова повторяется запойный приступ.

В психиатрической клинике различают алкогольный запой в виде ложного и истинного (дипсомании). При этом псевдозапойное состояние возникает часто на фоне хронической алкогольной интоксикации и зависит от внешних условий (компаний, возможности, обстоятельств и других причин). Истинный запой, представляющий интерес для экспертов-психиатров (это собственно дипсомания), наблюдается редко. Ему обычно предшествует приступ тоски и апатии, сопровождающийся непреодолимым влечением к алкоголю. Одна из теорий его происхождения говорит о врожденной остро наступающей недостаточности в выработке необходимого организму человека «эндогенного этанола», который, вырабатываясь эндогенной и бактериальной флорой толстого кишечника, всегда присутствует в организме нормального человека. Запой возникает на патологической почве и длится несколько дней, а иногда и недель. Алкогольные на-

питки поглощаются в огромных количествах при почти полном отсутствии аппетита. Если нет денег, то эти лица продают свои вещи, совершают мелкие кражи, тратят чужие деньги, попрошайничают и т.д. Затем запой обрывается и даже появляется отвращение к алкоголю, которое сохраняется иногда в течение нескольких месяцев. В это время у них могут даже не обнаруживать психических нарушений. Лица, страдающие запойным пьянством, лишь в отдельных (исключительных) случаях могут признаваться невменяемыми.

В связи с хроническим алкоголизмом в большинстве случаев появляются тяжелые заболевания внутренних органов и нервной системы – сердца, печени, желудка, головного мозга, мочеполовой системы, нарушается жировой обмен, появляется тучность тела или выраженная кахексия (болезненная худоба), возникают воспаления нервных стволов и окончаний, судорожные припадки эпилептиформного характера (последние при прекращении употребления алкоголя проходят). Следует еще раз подчеркнуть, что при тяжелых и длительных формах хронического алкоголизма наступает слабоумие.

Таким образом, при судебно-психиатрической оценке, как правило, лица, страдающие хроническим алкоголизмом, в отношении совершенных ими правонарушений признаются вменяемыми и не освобождаются по этим признакам от отбывания наказания. К ним может быть применено принудительное лечение в медицинском учреждении (ч. 1 ст. 97 УК РФ).

Та незначительная часть лиц, страдающих хроническим алкоголизмом в сочетании с органическим поражением головного мозга, вследствие травм или заболеваний, дипсоманией, корсаковским психозом, т.е. те, которые могут быть признаны невменяемыми из-за грубого снижения личности, нуждается в длительном принудительном лечении в психиатрической больнице, как правило общего типа.

В гражданском процессе в отношении лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, не так уж редко возникает вопрос об их праве воспитывать своих детей. Резкая деградация личности хронического алкоголика служит основанием для лишения его родительских прав.

Стадии хронического алкоголизма

1-я стадия – начальная (компенсированная), психическая зависимость от алкоголя, начальные психические изменения и функциональные расстройства со стороны сомато-неврологической сферы, изменение (заострение) черт характера и др. Утрачивается контроль за выпитым, амнезии, злоба, обидчивость – противоправные действия (длится 5-7 лет)

2-я стадия – средняя (субкомпенсированная), физическая зависимость от алкоголя, абстинентный синдром - синдром похмелья, появляются острые алкогольные психозы, страхи, нестойкие галлюцинации, запой (2-3 нед), после запоев – амнезия, нарастает эгоизм, деградация личности

3-я стадия – тяжелая энцефалопатическая (декомпенсированная),

- длительный похмельный синдром, снижается устойчивость к спиртному, пьёт каждый день дробно
- глубокие психические, сомато-неврологические и социальные осложнения, вплоть до физической немощи и психического (алкогольного) слабоумия
- у мужчин развивается импотенция, бред ревности, женщины – сексуально распущенны
- совершают преступления без использования силы и интеллекта

Синдром похмелья

■ Появляется после протрезвления и выражается в дрожании конечностей, головокружениях, шуме в ушах, головных болях, повышенной потливости, устрашающих сновидениях, тошноте по утрам, подавленном настроении

■ Указанные явления проходят при новом приёме хотя бы в незначительном количестве алкоголя («похмелье»)

■ В дальнейшем, после периода усиленного злоупотребления алкоголем, может наступить период воздержания, а затем снова повторяется запойный приступ

Судебно-психиатрическая оценка

■ наиболее тяжкие общественно опасные действия совершаются лицами с эпизодическим употреблением алкоголя, бытовым пьянством, с 1-й стадией хронического алкоголизма, нежели больными со 2-й и 3-й стадиями.

При судебно-психиатрической оценке, лица, страдающие хроническим алкоголизмом, в отношении совершенных ими правонарушений признаются вменяемыми и не освобождаются по этим признакам от отбывания наказания. К ним может быть применено принудительное лечение в медицинском учреждении

Невменяемыми признаются

■ Лица, страдающие хроническим алкоголизмом в сочетании с органическим поражением головного мозга вследствие травм или заболеваний, которые могут быть признаны невменяемыми из-за грубого снижения личности, нуждаются в длительном принудительном лечении в психиатрической больнице

Алкогольные психозы

Алкогольный делирий (белая горячка)

Алкогольный делирий (белая горячка) возникает у хронических алкоголиков на фоне отмены алкоголя, иногда при присоединившемся острым соматическом заболевании, чаще всего после некоторых предвестников, а нередко и сразу, большей частью в сумерках вечером или ночью. Длится он несколько дней, сопровождается обильными, выразительными

и яркими зрительными, слуховыми и тактильными галлюцинациями, протекающими на фоне помраченного сознания и отсутствия ориентировки во времени, месте и окружающем, с выраженным моторным беспокойством и бессонницей. При белой горячке обычно повышается температура тела, появляются дрожание конечностей (тремор), шаткая и неуверенная походка, потливость, сухость во рту, сердцебиение, частый пульс, лицо покрасневшее, зрачки расширены, язык обложен. Через два - пять дней и больше у заболевшего наступает глубокий длительный сон, после которого он выздоравливает. В редких случаях в подобном состоянии может наступить смерть при явлениях падения сердечной деятельности и отеке головного мозга.

Для рассматриваемого заболевания типичны зрительные галлюцинации, когда больному кажутся мелкие звери, птицы, ползающие по постели, одежде и стенам насекомые (клопы, тараканы, пчелы), змеи, причудливые фигуры (черти), рожи, передразнивающие больного, кривляющиеся, высовывающие язык. Галлюцинации отличаются большой подвижностью и аффективной насыщенностью.

Слуховые галлюцинации носят характер связанных диалогов, неприятного для больного характера. Больной слышит упреки о том, что, забыв семью, пьянствует, плохо относится к своим обязанностям. При этом он переговаривается с голосами, отвечает им, спорит, оправдывается, иногда слышит пение, музыку. Наблюдаются и тактильные галлюцинации (ползущие по телу тараканы, змеи, черви и т.д.). В этом состоянии больные повышено внушаемы.

Поведение больных при белой горячке имеет большей частью характер хаотического возбуждения и обусловлено аффектом страха. Они то пытаются прятаться от видений, то принимают родных за врагов, чудовищ или чертей, нападают, стреляют в них. Больные находятся в непрерывном психомоторном беспокойстве, то что-то ищут под кроватью, то совершают действия, присущие их профессиональной деятельности (сапожник как бы чинит обувь, портной кроит одежду). Воспоминания о болезненном периоде большей частью сохраняются, и только иногда наблюдается полная амнезия.

- Возникает на фоне отмены алкоголя
- Галлюцинации на фоне помрачённого сознания
- Отсутствие ориентировки во времени и месте, с выраженным моторным беспокойством и бессонницей
- Повышается температура тела, дрожат конечности, походка шаткая, сухость во рту, частый пульс, лицо покрасневшее, зрачки расширены, язык обложен

- Через 2-3 дня – абстинентный синдром, пять дней у заболевшего наступает глубокий длительный сон, после которого он выздоравливает

- Может наступить смерть при явлениях падения сердечной деятельности и отеке головного мозга

Галлюцинации при белой горячке

- Зрительные галлюцинации: Больному кажутся мелкие звери, птицы, ползающие по постели, одежде и стенам насекомые, змеи, причудливые фигуры (черти), рожи, передразнивающие больного

- Слуховые галлюцинации: Больной слышит упреки о том, что пьянствует. Больной переговаривается с голосами, отвечает им, спорит, оправдывается, иногда слышит пение, музыку

- Тактильные галлюцинации: Ползающие по телу тараканы, змеи, черви

Учитывая, что белая горячка возникает преимущественно у тех, кто длительное время злоупотребляет алкоголем, и делирий может возникнуть повторно, больных, совершивших деяние в этом состоянии и признанных невменяемыми, целесообразно направлять в психиатрическую больницу на принудительное лечение.

Лиц, совершивших правонарушение в обычном для них состоянии, а затем после ареста заболевших белой горячкой, рекомендуется направлять в лечебное психиатрическое учреждение до выхода из делирия.

Поведение больных белой горячкой

- Обусловлено аффектом страха

- Пытаются прятаться от видений, принимают родных за врагов, чудовищ или чертей, нападают, стреляют в них

- Находятся в непрерывном психомоторном беспокойстве (что-то ищут под кроватью)

- Воспоминания о болезненном периоде сохраняются, иногда полная амнезия

Общественно опасные действия больных в состоянии белой горячки

- Под влиянием галлюцинаций устрашающего характера совершают убийства, наносят тяжелые телесные повреждения

- Спасаясь от галлюцинаторных образов, бросаются с высоты, выпрыгивают на ходу из поезда, кончают жизнь самоубийством

Неоспоримым различием между алкогольным делирием и алкогольным галлюцинозом является то, что белая горячка протекает обычно при сумеречном помраченном сознании, из-за чего больной не в состоянии разобраться в обильных по числу и по содержанию переживаниях, в то время как алкогольный галлюциноз, как правило, протекает все-таки при «суженном» сознании. Поведение такого лица в состоянии алкогольного

галлюциноза носит более планомерный и менее хаотический характер и находится в соответствии с идущим впереди процессом бредообразования.

Клинические наблюдения показывают, что алкогольный галлюциноз возникает на фоне опьянения алкоголем, а белая горячка – после отмены этанола при длительном пьянстве, таким образом последняя является «синдромом отмены», абстинентным синдромом. Кроме того, отличительной особенностью алкогольного галлюциноза является преобладание слуховых галлюцинаций, нередко императивного характера (когда голоса дают советы, повелевают, приказывают, угрожают). Зрительные галлюцинации бывают реже. Такие больные испытывают страх, тревогу, считают себя околдованными, им кажется, что окружающие делают всякого рода намеки, которым они придают особую, бредовую значимость. Больные верят в реальность галлюцинаций и не считают их патологическими проявлениями. При всем этом такие лица могут правильно ориентироваться в окружающем, болезнь не мешает им заниматься своим делом и выполнять профессиональные обязанности, мало обращают на себя внимание в семье и на производстве, отношение к окружающему не меняется. Течение алкогольного галлюциноза может быть острым (скоротечным) и хроническим (длительным по времени).

Совершившие общественно опасное деяние в состоянии белой горячки признаются невменяемыми, если доказано, что оно совершено в период острого расстройства психики

Алкогольный галлюциноз

- Возникает на фоне опьянения алкоголем или после прекращения длительного злоупотребления спиртными напитками

- Развиваются на фоне бессонницы, астении, двигательного возбуждения

- Слуховые галлюцинации императивного характера (голоса дают советы, приказывают, угрожают)

- Испытывают страх, тревогу

- Верят в реальность галлюцинаций и не считают их патологическими проявлениями

- Могут правильно ориентироваться в окружающем, болезнь не мешает им выполнять профессиональные обязанности

- Течение может быть острым (скоротечным) и хроническим (длительным по времени).

Противоправные действия больных алкогольным галлюцинозом

- У больных под влиянием голосов возникают мысли о самоубийстве и даже попытки к этому

- Совершают социально значимые в обществе правонарушения - убийства, поджоги, хулиганство, грабежи

В отношении совершённых общественно опасных деяний признаются невменяемыми, хотя внешне упорядоченное поведение может создавать ошибочное впечатление об их вменяемости

Алкогольный параноид возникает только у хронических алкоголиков и характеризуется бредовой интерпретацией окружающего, тревогой и страхами. В судебной психиатрии чаще всего он проявляется остро, в виде психоза как алкогольный бред ревности.

Наибольшие диагностические трудности при рассматриваемом психозе связаны с отграничением бреда ревности от обычной ревности, не носящей болезненный характер. Последняя наблюдается не только у психически здоровых людей, но и у лиц, злоупотребляющих алкоголем.

Алкогольный бред ревности характеризуется тем, что он, как и всякий бред, не поддается разубеждению и наблюдается у хронических алкоголиков. Бредовые идеи алкогольного характера скудны по содержанию и относительно стойки. Обычно больные с бредом ревности находятся длительное время в состоянии тревоги, аффективного напряжения, очень подозрительны и тревожны. Побочные случайные факты больные подвергают бредовой интерпретации всегда для доказательства супружеской неверности. Агрессия таких больных обычно направлена на жену, подозреваемую в супружеской неверности, или на окружающих, которые подозреваются им в интимной близости с женой. Эти подозрения возникают по самым незначительным поводам. Некоторые больные в поисках доказательств супружеской неверности обращаются в судебно-медицинские лаборатории с просьбой исследовать наличие спермы в подозрительных пятнах на белье жены.

Алкогольный бред ревности конкретен и не имеет фантастического, парадоксального и даже абсурдного характера, как это бывает при некоторых иных заболеваниях (например, при шизофрении). Он не выходит за пределы возможного и реального, содержание его черпается из окружающей действительности. Этим определяется несколько однообразный характер общественно опасных действий лиц с алкогольным бредом ревности.

Алкогольный параноид

- Возникает только у хронических алкоголиков
- Характеризуется бредовой интерпретацией окружающего, тревогой и страхами (бред конкретный)
- В судебной психиатрии чаще всего проявляется остро, в виде психоза как алкогольный бред ревности

Бредовые идеи ревности алкоголиков носят обычно упорный и стойкий характер. Содержание бреда обусловлено обычным при алкоголизме понижением половой способности, доходящим до импотенции, и одновременно повышением полового влечения. Возникновение бреда нахо-

дится в зависимости от степени алкоголизации, и с устранением приема алкоголя бредовые явления медленно стихают. Вот почему такие больные нуждаются в пребывании в психиатрической больнице на принудительном лечении длительное время.

Корсаковский психоз возникает как осложнение хронического алкоголизма. Это заболевание довольно редко в судебно-психиатрической практике (Т.П. Печерникова, 1997). Имеет прогрессивное (медленно прогрессирующее) течение с неблагоприятным прогнозом. Отличительной особенностью его является довольно часто констатируемое воспаление периферических нервов (полиневрит), чаще нижних конечностей, и всегда глубокое расстройство памяти, преимущественно на текущие события, при ее относительной «сохранности» на события прошлые, с заполнением пробелов памяти ложными воспоминаниями (конфабуляциями, псевдореминисценциями). Для них характерны конфабуляции обыденного содержания и астенические нарушения (например, повышенная утомляемость, истощаемость, раздражительная слабость). Такие больные не ориентированы в месте, времени, не запоминают окружающих, не находят свою палату, спальное место, не знают, кушали они сегодня или нет, не помнят, сколько времени они больны. Находясь длительное время в больнице, говорят, например, о своих поездках, из которых только что вернулись. В незнакомых узнают своих знакомых, рассказывают о них придуманные истории. Наряду с таким «беспамятством» больные сохраняют хорошую сообразительность, позволяющую им иногда выкручиваться из сложных ситуаций, связанных с забывчивостью, играют в шахматы, шашки, домино, остроумны в беседе. Течение Корсаковского психоза длительное и большей частью не дает улучшения. Причиной патологии считают нарушения в лимбической системе мозга. Такие больные иногда дают аффективные приступы или эйфорию, но признаются невменяемыми за совершенные деяния.

Роль алкоголя при самоубийстве многообразна. В одних случаях к алкоголю прибегают психически здоровые люди с целью облегчить осуществление заранее принятого решения покончить с собой. У других лиц, вовсе не склонных к самоубийству, подобное намерение появляется только в состоянии алкогольного опьянения и тут же осуществляется. Многие лишают себя жизни из-за того, что не могут побороть привычки к употреблению вина. Наконец, некоторые лица кончают самоубийством в состоянии алкогольного психоза, возникающего на почве алкоголизма (например, в состоянии белой горячки).

Корсаковский психоз

- осложнение хронического алкоголизма
- имеет прогрессивное течение с неблагоприятным прогнозом

Наблюдают:

- воспаление периферических нервов (полиневрит) чаще нижних конечностей

- глубокое расстройство памяти на текущие события, при «сохранности» на прошлое, с заполнением пробелов памяти ложными воспоминаниями (конфабуляциями, псевдореминисценциями)

Характерны:

- Астенические нарушения (утомляемость, слабость)
- Не ориентированы в месте, времени, не запоминают окружающих

- Сохраняют сообразительность, остроумны в беседе

- Признаются невменяемыми за совершенные деяния

Роль алкоголя при самоубийствах

- психически здоровые люди используют алкоголь с целью облегчить заранее принятое решение

- у лиц, не склонных к самоубийству намерение появляется только в состоянии алкогольного опьянения и тут же осуществляется

- если не могут побороть привычки к употреблению алкоголя

- в состоянии алкогольного психоза, возникающего на почве алкоголизма (например, в состоянии белой горячки)

Список литературы

1. Конституция Российской Федерации: принята всенародным голосованием 12 дек. 1993г.: (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 N 6-ФКЗ, от 30.12.2008 N 7-ФКЗ, от 05.02.2014 N 2-ФКЗ, от 21.07.2014 N 11-ФКЗ) // Консультант Плюс: комп. справ. правовая система [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.consultant.ru>

2. Уголовный кодекс Российской Федерации: федер. закон Рос. Федерации от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ: ред. от ред. от 27.12.2018 // Консультант Плюс: комп. справ. правовая система [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.consultant.ru>

3. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации: федер. закон Рос. Федерации от 18 декабря 2001 г. № 174-ФЗ: ред. от ред. от 27.12.2018 // Консультант Плюс: комп. справ. правовая система [Электронный ресурс]. URL: <http://www.consultant.ru>

4. О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации: федер. закон Рос. Федерации от 31 мая 2001 г. №73-ФЗ: ред. от 08.03.2015 // Консультант Плюс: комп. справ. правовая система [Электронный ресурс]. URL: <http://www.consultant.ru>

5. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федер. закон Рос. Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ ред. от ред. от 27.12.2018 // Консультант Плюс: комп. справ. правовая система [Электронный ресурс]. URL: <http://www.consultant.ru>

6. О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании: закон Рос. Федерации от 02 июля 1992 г. №3185-1: ред. от 19.07.2018 // Консультант Плюс: комп. справ. правовая система [Электронный ресурс]. URL: <http://www.consultant.ru>

7. Клименко, Т.В. Судебная психиатрия [Текст]: учебник для вузов / Т.В. Клименко. – Москва : Юрайт, 2015. 476 с.

8. Судебная медицина и судебная психиатрия [Электронные ресурсы] : курс лекций / сост. С. Н. Медведева. Электрон. текстовые дан. Краснодар : КрУ МВД России, 2014. 358 с. Режим доступа: Электронная библиотека КрУ МВД России, требуется авторизация: <http://libkumvd.ru/>

9. Судебная медицина и судебная психиатрия [Электронный ресурс] : курс лекций / Федер. гос. казен. образов. учрежд. высш. образов. «Восточно-Сибирский институт Министерства внутренних дел Российской Федерации» ; [авт.-сост. М.П. Буш]. Электрон. текстовые дан. – Иркутск : ВСИ МВД России, 2017. 259 с. Режим доступа: <http://149.255.31.118:82/catalog/for12>, требуется авторизация: <http://libkrumvd.ru/>.

10. Судебная психиатрия (4-е издание) [Электронный ресурс] : учебное пособие для студентов вузов обучающихся по специальности «Юриспруденция» / З.О. Георгадзе [и др.]. Электрон. текстовые данные. – Москва : ЮНИТИ-ДАНА, 2015. 255 с. 978-5-238-01675-7. Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/52569.html>

11. Булатецкий, С.В. Судебная психиатрия [Электронный ресурс]: альбом схем / С. В. Булатецкий. Электрон. текстовые дан. – Рязань: Рязанский филиал МосУ МВД России им. В.Я. Кикотя, 2015. 107 с. Режим доступа: Электронная библиотека КрУ МВД России, требуется авторизация: <http://libkrumvd.ru/>.

12. Жариков, Н.М. Судебная психиатрия: учебник / Н.М. Жариков [и др.]. 5-е изд., перераб. и доп. – Москва: Норма; Инфра-М, 2014. 560 с.

13. Жигулина, М.С. Судебная психиатрия [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие / М.С. Жигулина, А. В. Головчанский; Воронежский институт МВД России. Электрон. текстовые дан. – Воронеж : ВИ МВД России, 2016. 66 с. Режим доступа: Электронная библиотека КрУ МВД России, требуется авторизация: <http://libkrumvd.ru/>

14. Судебная психиатрия [Электронный ресурс] : учебное пособие для студентов, обучающихся по направлению подготовки 40.03.01 «Юриспруденция» (квалификация «бакалавр») / М.Г. Гонгадзе. Электрон. текстовые данные. – Москва : Российский государственный университет правосудия, 2016. 244 с. 978-5-93916-520-4. Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/65876.html>

Учебное издание

Автор-составитель: Жигалова Галина Георгиевна

Судебная психиатрия

Учебное пособие

Подписано в печать 21.07.2020 г. Формат 60x84/16.
Усл. печ. л. 2,8. Тираж 10 экз. Заказ 548.
Ставропольский филиал Краснодарского университета МВД России.
355000, г. Ставрополь, пр-т Кулакова, 43.