

Частное учреждение образования  
«МИНСКИЙ ИНСТИТУТ УПРАВЛЕНИЯ»

## СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Учебно-методический комплекс  
для студентов специальности  
ПРАВОВЕДЕНИЕ

Минск  
2009



Автор составитель:

**М.Н. Мисюк**, кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры юридической психологии МИУ, врач высшей категории.

Рецензенты:

**И.С. Асаёнок**, доктор медицинских наук, профессор;

**В.В. Шевляков**, доктор медицинских наук, профессор.

Рекомендовано к изданию кафедрой юридической психологии Минского института управления (протокол №.... от ....)

Учебно - методический комплекс содержит курс лекций по всем темам дисциплины «Судебная психиатрия».

В учебно-методическом комплексе раскрыто содержание дисциплины, определены её цели и задачи, место в учебном процессе.

Представлены вопросы для самоподготовки и список литературы, рекомендуемой для изучения в процессе самостоятельной работы.

Комплекс предназначен для студентов факультета проведения дневной и заочной форм обучения.

## Оглавление

### 1. История развития судебной психиатрии.

### 2. Диагноз и классификация в психиатрии.

I. Введение.

II. Классификация психических расстройств.

### 3. Предмет и содержание судебной психиатрии.

1. Судебная психиатрия как составная часть психиатрии, изучающая психические заболевания человека в связи с его общественно опасными действиями.

2. Задачи судебной психиатрии.

3. Связь судебной психиатрии с юридическими и другими науками.

4. Организация психиатрической помощи и судебно-психиатрической экспертизы в Республике Беларусь.

Виды судебно-психиатрических экспертиз.

5. Роль судебной психиатрии в уголовном и гражданском процессе (вменяемость и невменяемость, дееспособность и недееспособность).

### 4. Организация и проведение судебно-психиатрической экспертизы в Республике Беларусь.

1. Структура судебно-психиатрической экспертизы в Республике Беларусь и ее экспертные учреждения.

2. Порядок назначения и организация осуществления медицинского характера и лицам с психическими расстройствами.

3. Основания для назначения судебно-психиатрической экспертизы.

4. Требования, предъявляемые к судебно-психиатрическому эксперту, круг лиц, подлежащих судебно-психиатрической экспертизе, права и обязанности эксперта, виды судебно-психиатрических экспертиз.

5. Примерный перечень вопросов, решаемых при назначении судебно-психиатрической экспертизы. Заключение судебно-психиатрической экспертизы, ее оценка.

### 5. Анатомия и физиология нервной системы.

1. Головной мозг.

2. Анатомия и физиология промежуточного мозга.

3. Анатомия и физиология заднего мозга.

4. Анатомия и физиология промежуточного мозга.

5. Ретикулярная формация.

6. Анатомия и физиология конечного мозга

7. Спинальный мозг.

8. Понятие об условных и безусловных рефлексах.

9. Понятие о психической деятельности человека, ее основных функциях.

### 6. Понятие о патопсихологии и психических заболеваниях.

1. Определение.

2. Виды ощущений в зависимости от механизма их возникновения. Нарушения ощущений.

3. Виды восприятия. Нарушения восприятия.

4. Внимание, его свойства; нарушения внимания, синдром дефицита внимания.

5. Память, её виды, расстройства памяти.

6. Мышление, его характеристики. Варианты патологии мышления.

7. Эмоции, основные типы эмоционального реагирования.

8. Воля, нарушения волевой сферы.
9. Сознание, синдромы расстройств сознания.
10. Расстройства личности.
11. Определение психических заболеваний, синдромы психических заболеваний.

**3.****7. Патологическое развитие характера. Психопатии.**

1. Определение понятия психопатий.
2. Диагностические критерии патологии личности.
3. Виды психопатий. Судебно-психиатрическая оценка.
4. Нарушение контроля над побуждениями и расстройства адаптации.
5. Расстройства половой идентификации и парафилии.

**4.****8. Олигофрении. Судебно-психиатрическая экспертиза при олигофрении.**

1. Определение понятия олигофрении.
2. Диагностические критерии и признаки олигофрений.
3. Эпидемиологическая справка.
4. Классификация олигофрений, клиническая картина.
5. Группы и формы олигофрений.
6. Отдельные формы олигофрений.
7. Судебно-психиатрическая экспертиза.

**5.****9. Временные психические расстройства.**

1. Определение.
2. Патологическое опьянение.
3. Сумеречные состояния сознания не являющиеся симптомом какого-либо хронического заболевания.
4. Патологические просоночные состояния.
5. Патологический аффект.
6. Реакция «короткого замыкания».
7. Судебно-психиатрическая оценка.

**6.****10. Реактивные состояния.**

1. Определение.
2. Клиника реактивных состояний:
  - а) неврозы (исторический невроз, невроз навязчивых состояний, неврастения).
  - б) реактивные психозы (острые шоковые реактивные психозы, подострые реактивные психозы, предподобные фантазии, синдром Ганзера и псевдодеменции, синдром пуэрилизма, синдром регресса психики [«одичания»], психогенный ступор, затяжные реактивные психозы).
3. Судебно-психиатрическая экспертиза реактивных психозов.

**7.****11. Инволюционные психозы.**

1. Характеристика вопроса.
2. Инволюционная меланхолия.
3. Инволюционный параноид.
4. Инволюционная истерия.
5. Пресенильные психозы.
6. Пресенильные деменции.

7. Старческие психозы.
8. Судебно-психиатрическая оценка.

8.

**12. Травматические поражения головного мозга.**

1. История вопроса.
2. Классификация травматических повреждений.
3. Периоды травматического повреждения.
4. Клинические проявления травматического поражения мозга:
  - а) травматическая астения,
  - б) психопатоподобный синдром,
  - в) эпилептиформные проявления,
  - г) травматические психозы,
  - д) слабоумие.
5. Судебно-психиатрическая экспертиза.

9.

**13. Психические расстройства вследствие сосудистых заболеваний головного мозга.**

1. Характеристика сосудистых нарушений.
2. Стадии церебрального атеросклероза.
3. Клиническая картина сосудистых нарушений.
4. Судебно-психиатрическая экспертиза больных с сосудистой патологией.

10.

**14. Психические расстройства при синдроме приобретенного иммунодефицита (СПИД).**

1. Определение заболевания.
2. Реакция заболевших СПИД пациентов на заболевание.
3. Характеристика психических расстройств.
4. Судебно-психиатрическая экспертиза больных СПИДом.

11.

**15. Сифилитические заболевания центральной нервной системы.**

1. Общая характеристика сифилитической инфекции.
2. Сифилис мозга.
  - а) сифилитическая невралгия;
  - б) менингеальная форма;
  - в) гумозная форма;
  - г) аноплектиформный сифилис мозга;
  - д) эпилептиформный сифилис мозга;
  - е) галлюцинаторно-параноидная форма;
  - ж) сифилитический псевдопаралич;
3. Сухотка спинного мозга (табес).
4. Прогрессивный паралич.
5. Судебно-психиатрическая оценка сифилитических заболеваний мозга.

**16. Шизофрения.**

1. Определение шизофрении.
2. Причины развития.
3. Симптомы шизофрении.

4. Типы течения шизофрении (непрерывная, периодическая (рекуррентная), приступообразно-прогредиентная, протекающая в виде шубов).
5. Формы шизофрении (простая, гебефреническая, параноидная, кататоническая, циркулярная).
6. Судебно-психиатрическая оценка.

12.

**17. Биполярное расстройство (маниакально-депрессивный психоз, МДП, циклотимия).**

1. Общая характеристика биполярного расстройства.
2. Маниакальная фаза.
3. Депрессивная фаза.
4. Циклотимия.
5. Судебно-психиатрическая оценка.

13.

**18. Эпилепсия.**

1. Определение эпилепсии, этиология заболевания.
2. Судорожные кратковременные и бессудорожные пароксизмальные состояния.
3. Острые и затяжные психозы.
4. Изменения личности и слабоумие.
5. Судебно-психиатрическая оценка эпилепсии.

14.

**19. Хронический алкоголизм, наркомании, токсикомани.**

1. Характеристика алкоголизма.
2. Простое алкогольное опьянение.
3. Патологическое опьянение и его особенности.
4. Судебно-психиатрическая оценка простого и патологического алкогольного опьянения.
5. Хронический алкоголизм. Причины распространения.
6. Стадии алкоголизма.
7. Алкогольные психозы. Алкогольная деградация личности. Судебно-психиатрическая оценка.
8. Действие наркотиков на организм человека, развитие зависимости организма от потребления наркотиков.
9. Виды наркомании. Различия понятий «наркомания» и «токсикомания».
10. Судебно-психиатрическая оценка расстройств психики, возникающих в результате употребления наркотических и токсических средств.

15.

**20. Симуляция и дисимуляция психических расстройств.**

1. Понятие симуляции психического заболевания.
2. Виды симуляции – простая; на патологической почве (агравация, метасимуляция, сверхсимуляция (гиперсимуляция), диссимуляция).
3. Эпидемиологические различия видов симуляции.
4. Диссимуляция (истинная, патологическая).
5. Судебно-психиатрическая экспертиза.

16.

**21. Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних.**

1. Правовое положение несовершеннолетних.
2. Понятие пубертата.
3. Наиболее часто встречающиеся синдромы психических расстройств в подростковом возрасте.

4. Органические поражения центральной нервной системы у детей и подростков; шизофрения, олигофрения.

17.

**22. Суицид.**

1. Введение в проблематику.
2. Мифы в отношении суцидов.
3. Определение.
4. Основные концепции и подходы в современной суицидологии.
5. Свойства, характеризующие личность суицидента.
6. Типы адаптированной личности.
7. Основные категории самоубийств.
8. Типы суицидальных действий.
9. Личности повышенного суицидального риска.
10. Личностные реакции с повышенной суицидоопасностью.
11. Факторы повышенного суицидального риска (экстраперсональные, интроперсональные).
12. Антисуицидальные факторы.

**23. Иллюстративный материал.**

**24. Вопросы для самоподготовки по дисциплине «Судебная психиатрия».**

**25. Литература.**

«...Аще бесный убьёт, не повинен, есть смерти...»\*

### Литература:

1. Баженов Н.Н. История Московского Доллгауза. М., 1909. с. 9.
2. Дмитриева А.С., Клименко Т.В. Москва, 1998 «Судебная психиатрия», С.1-13.
3. Морозов Г.В., Лунц Д.Р., Фелинская Н.И. Основные этапы развития отечественной судебной психиатрии. М., 1976. С. 129–130.
4. \*Полное собрание сочинений Российской империи. Т.1, Спб., 1830, с. 441.
5. Фуко М. О концепции «социально опасного субъекта» в судебной психиатрии XIX столетия. Философская и социологическая мысль. 1991. № 7. С. 84–110.
6. Фуко М. Указ соч. С. 87-99.

## 2. Диагноз и классификация в психиатрии

I. Введение

II. Классификация психических расстройств.

### I. Введение

В решении многих вопросов правоохранительной практики, связанных с преступлениями против личности, а также в разрешении ряда гражданских исков, важным а порой, и определяющее значение имеет судебно-психиатрическая экспертиза. Она основывается на достижениях медицины, биологии, физики, химии, криминалистики в той их части, которая позволяет понять механизмы повреждения психики человека или воздействий, вызвавших его смерть.

Судебная психиатрия – медицинская дисциплина, изучающая и разрешающая вопросы медицинского характера, возникающие в правовой практике. Речь идёт только о медицинском аспекте тех проблем, которые стоят перед работниками правоохранительных органов.

**Целью** преподавания дисциплины является освоение теоретических знаний и практических навыков в области судебной психиатрии для решения задач в деле предупреждения, расследования и раскрытия преступлений (на основе УПК, ЦК и ПК Республики Беларусь).

Возрастание требований государства к правоохранительным органам по оперативному раскрытию преступлений против жизни и здоровья человека обуславливает настоятельную необходимость глубокого познания всех составляющих уголовного процесса, в том числе и вопросов судебной психиатрии.

**Важная роль судебной психиатрии** вытекает из главной ее задачи - обеспечить правоохранительные органы медицинскими источниками доказательств при проведении предусмотренного законом расследования. Получение знаний по этим доказательствам, умение добыть, направить на исследование и оценить полученные результаты возможно лишь при глубоком овладении системой специальных медицинских и научных знаний о закономерностях возникновения, выявления, исследования и оценки медицинских фактов, служащих источником доказательств.

### Студенты должны знать:

- организационно–процессуальные основы судебно-психиатрической экспертизы в Республике Беларусь;
- формы участия судебного психиатра в работе судебно-следственных органов
- случаи обязательного назначения судебно-психиатрических экспертиз;
- уголовно-правовые и уголовно- процессуальные аспекты судебно-психиатрической экспертизы и меры по безопасности и лечению;



- вопросы организации судебно-психиатрической экспертизы и мер безопасности и лечения.

**Студенты должны уметь:**

- вынести постановление о назначении судебно-психиатрической экспертизы;
- оценить полученное медицинское заключение судебно-психиатрической экспертизы.

**Студенты должны приобрести навыки:**

- по назначению различных видов судебно-психиатрических экспертиз в зависимости от сложившейся ситуации и использования ее результатов для адекватной оценки конкретного лица, в отношении которого проводилась экспертиза.

**Психическое расстройство** – это болезненное состояние с психопатологическими или поведенческими проявлениями, связанное с нарушением функционирования организма в результате воздействия биологических, социальных, психологических, генетических, физических или химических факторов. Оно определяется степенью отклонения от взятого за основу понятия психического здоровья. Каждое заболевание характеризуется определённой симптоматикой.

Психические расстройства в целом подразделяются на психотические, невротические, функциональные и органические.

**Психотические расстройства** – утрата чувства реальности, сопровождаемая бредом и галлюцинациями, например, при шизофрении.

**Невротические расстройства** – утраты чувства реальности не происходит, расстройства обусловлены большей частью внутриспихическими конфликтами или событиями жизни, которые вызывают тревогу, проявляются такими симптомами, как obsessions, фобии, компульсивность.

**Функциональные расстройства** – структурные нарушения и этиологический фактор, которые можно было бы назвать причиной болезни, не известны.

**Органические расстройства** – заболевания, которые обусловлены структурными (морфологическими) изменениями в головном мозге. Обычно эти заболевания сопровождаются когнитивными (интеллектуальными) нарушениями, делирием или деменцией (например, болезнь Пика).

## 1. Классификация психических расстройств

### А. Расстройства младенческого, детского и подросткового возраста.

**1. Умственная отсталость.** Нарушение интеллектуальных функций, начинается в период развития; сопровождается задержкой развития (незрелостью), затруднением обучения и социальной адаптации. Согласно коэффициенту интеллектуального развития (IQ) подразделяют на лёгкую степень (от 50-55 до 70), умеренную (от 35-40 до 50-55), тяжёлую (от 20-25 до 35-40) и глубокую (ниже 20-25).

**2. Расстройства обучения.** Затруднения в приобретении специфических навыков в **счёте, письме, чтении** из-за отставания в развитии.

**3. Расстройства моторных навыков.** Нарушения развития моторной координации (у детей, страдающих этим расстройством, движения зачастую бывают неуклюжими, несогласованными).

**4. Расстройства общения.** Нарушение развития, приводящее к трудностям формирования ожидаемых в этом возрасте предложений (**расстройство экспрессивной речи**), затруднённое использование и понимание слов (**расстройство рецептивно-экспрессивной речи**), затруднённое произнесение речевых звуков (**расстройство речевой артикуляции**), нарушение плавности, темпа и ритма речи (**заикание**).

**5. Общие расстройства развития.** Характеризуются аутистическим, атипичным поведением, значительной незрелостью, неадекватным развитием и невозможностью отделить свою личность от

материнской личности. Подразделяют на **аутистическое расстройство** (стереотипное поведение, отказ от речевого общения), **синдром Ретта** (утрата речи и двигательных навыков одновременно с замедленным ростом головы), **дезинтегративное расстройство детского возраста** (утрата приобретённой речи и двигательных навыков до 10 лет), **синдром Аспергера** (стереотипное поведение с некоторой способностью к общению и **общее расстройство развития неуточнённое**.

**6. Расстройства с дефицитом внимания и деструктивным поведением.** Характеризуются дефицитом внимания, гиперактивностью, дерзким, агрессивным, конфликтным поведением, склонность к правонарушениям, враждебностью, чувством отвергнутости, негативизмом или импульсивностью. Пациенты, как правило, не подчиняются родителям и не признают их авторитета. Подразделяются на **расстройство с дефицитом внимания и гиперактивностью** (недостаточная концентрация внимания, отсутствие настойчивости в деятельности, требующей сосредоточенности, перескакивание с одного на другое, импульсивность, неорганизованная чрезмерная активность), **расстройство поведения** (склонность к правонарушениям), **расстройство в виде вызывающей оппозиции** (негативизм, особенно вызывающее поведение, непослушание, конфликтность).

**7. Расстройство пищевого поведения в младенчестве и раннем возрасте.** Характеризуются нарушениями или странными привычками в приёме пищи, которые обычно возникают в детстве или у подростков, и продолжаются в зрелом возрасте. Из них выделяют **пикацизм** (поедание несъедобных веществ) и **расстройство в виде повторного срыгивания** (регресситация).

**8. Расстройства в виде тика.** Характеризуются внезапным произвольным, периодически повторяющимся, стереотипным движением или произносимым звуком. Подразделяются на **синдром де ла Туретта** (голосовой тик и копролалия), **расстройство в виде хронических моторных или звуковых тиков** и **расстройство в виде транзитных тиков**.

**9. Расстройства выделительных функций (экскреции).** Недержание кала (**энкопрез**), или недержание мочи (**энурез**) вследствие физиологических или психических нарушений.

**10. Другие расстройства младенческого, детского или подросткового возраста.** **Селективный мутизм** (ребёнок не в состоянии разговаривать в определённых ситуациях), **реактивное расстройство привязанностей в младенческом или раннем детском возрасте** (значительное ослабление способности устанавливать взаимосвязи, возникшие в первые 5 лет жизни), **стереотипное двигательное расстройство** (сосание палочки, кусание ногтей, ковыряние кожи), **тревожное расстройство, вызванное разлукой** (боязнь разлучения с домом с выраженной продолжительной тревогой).

**Б. Делирий, деменция, амнестическое и другие когнитивные расстройства.** Нарушения, характеризующиеся изменениями в структуре и деятельности головного мозга, вследствие чего возникают неспособность к обучению, ориентации, правильному суждению и умственной деятельности, расстройство памяти.

**1. Делирий.** Характеризуется кратковременным помрачением сознания и когнитивными расстройствами. Существует несколько причин: **соматоневрологическое заболевание**, например, инфекция; **влияние психоактивного вещества**, например, кокаина, опиатов, фенилциклидина; **полиэтиологических факторов**, например, травмы головы и болезни почек, и **неуточнённый делирий**.

**2. Деменция.** Характеризуется резким нарушением памяти, способности к правильному суждению, ориентации и других когнитивных функций. **Деменция альцгеймеровского типа** обычно начинается у людей старше 65 лет и проявляется прогрессирующим снижением интеллекта, бредом, депрессией; **сосудистая деменция** вызвана тромбозом сосудов и кровоизлиянием; деменция, обусловленная **другими**

**соматическими или неврологическими заболеваниями**, например, вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), травмой головы; ряд других разновидностей, например, деменция при болезни Пика, деменция при болезни Крейтцфельда-Якоба (вызванная медленно развивающимся трансмиссивным вирусом); деменция, вызванная токсином или лекарственным средством (**психоактивным веществом**), например, парами бензина, атропином; деменция с **множественной этиологией или неуточнёнными причинами**.

**3. Амнестическое расстройство.** Характеризуется ухудшением памяти и забывчивостью. Вызвано соматическими или неврологическими заболеваниями (гипоксия), токсином, лекарственными или наркотическими веществами, например, марихуаной, диазепамом.

**В. Психические расстройства, обусловленные соматическими и неврологическими заболеваниями.** Симптомы психических расстройств, которые возникают как прямой результат соматических или неврологических заболеваний. Включают расстройства, вызванные сифилисом, энцефалитом, абсцессом мозга, сердечно-сосудистым заболеванием, травмой, эпилепсией, внутримозговой опухолью, эндокринными нарушениями, пеллагрой, авитаминозом, инфекциями (например, тифом, малярией) и дегенеративными заболеваниями ЦНС (например, рассеянным склерозом). Могут проявляться **кататоническими расстройствами**, например, при инсульте, или изменением личности, например, при опухоли головного мозга, а также делириозным синдромом, деменцией, амнестическими и психотическими расстройствами, расстройствами настроения, тревогой, сексуальной дисфункцией и расстройствами сна.

#### **Г. Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ.**

**1. Расстройства, связанные с привыканием к психоактивным веществам.** Зависимость от какого-либо вещества или **злоупотребление** им (прежнее название – наркотическая зависимость). К таким веществам относят **алкоголь, никотин, кофеин** и другие. Пациенты могут злоупотреблять опиумом или алкалоидами, синтетическими анальгетиками с морфиноподобным действием, такими как РСР, барбитуратами, другими снотворными средствами, транквилизаторами, кокаином, **каннабисом**, или индийской коноплей (гашиш, марихуана), психостимуляторами (такими как фенамин, галлюциногены) и ингалянтами.

**2. Расстройства, вызванные воздействием психоактивных веществ.** Психоактивные препараты и другие вещества могут вызвать синдромы **интоксикации и отмены, делирий, стойкую деменцию, стойкое амнестическое расстройство, психотическое расстройство, расстройство настроения, тревожное расстройство, сексуальную дисфункцию и расстройства сна**.

**3. Расстройства, связанные с употреблением алкоголя.** Разновидность расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ. Эти расстройства включают **алкогольную интоксикацию** (алкогольное опьянение), **интоксикационный делирий** (обычно развивается после пьянства в течение нескольких дней), **алкогольный синдром отмены с делирием** (включает в себя алкогольный делирий), **алкогольные психозы** (включают в себя алкогольный галлюциноз, который отличается от делирия ясным сознанием), **стойкое амнестическое расстройство, вызванное алкоголем** [корсаковский синдром, часто ему предшествует энцефалопатия Вернике, неврологические расстройства – атаксия, офтальмоплегия, спутанность сознания; их сочетание (синдром Вернике-Корсакова)] и **стойкую деменцию, вызванную алкоголем**. Также могут наблюдаться вызванные злоупотреблением алкоголем **расстройство настроения, тревожное расстройство и расстройство сна**.

**Д. Шизофрения и другие психотические расстройства.** Заболевания, которые проявляются расстройствами мышления и восприятия, часто сопровождаются бредом и галлюцинациями.

**1. Шизофрения.** Характеризуется изменениями в эмоциональной сфере (амбивалентность, отчуждённость, потеря контакта с окружающими людьми, неадекватное реагирование, утрата сочувствия к людям), в поведении (аутичное, агрессивное, нелепое, «странное») и в мышлении (искажение реальности, иногда сопровождаемое бредом и галлюцинациями). Шизофрения подразделяется на несколько типов.

**1. Дезорганизованная (гебефреническая) шизофрения:** бессвязное мышление, ужимки, эмоциональное оскудение и неадекватность эмоциональных реакций, дурашливость, манерность, частые соматические жалобы, бессвязный периодический бред и галлюцинации.

**2. Кататоническая шизофрения:** форма заболевания с чрезмерным возбуждением (характеризуется излишней и иногда неистовой двигательной активностью) или общей заторможенностью, состоянием ступора, мутизмом, негативизмом, восковой гибкостью и в некоторых случаях так называемым вегетативным состоянием.

**3. Параноидная шизофрения** – характеризуется бредом преследования или величия, иногда галлюцинациями либо чрезмерной религиозностью; пациент часто враждебен и агрессивен.

**4. Недифференцированная шизофрения** – нарушения поведения с устойчивым бредом и галлюцинациями.

**5. Резидуальная шизофрения** – признаки шизофрении после психотического шизофренического приступа у пациентов, которые не находятся в психотическом состоянии. (**Постшизофреническое депрессивное расстройство** может наблюдаться во время резидуальной фазы).

**2. Бредовое (параноидное расстройство).** Психотическое расстройство со стабильным бредом, например, **эротоманическим, величия, ревности, преследования, соматическим, неутончённого типа.** Паранойя – редко встречающееся состояние, характеризующееся постепенным созданием тщательно разработанной системы бреда с идеями величия; имеет хронический характер; в остальном личность остаётся незатронутой.

**3. Кратковременное психотическое расстройство** – имеет продолжительность менее месяца и вызвано внешним стрессовым фактором.

**4. Шизофрениформное расстройство.** Похожее на шизофрению расстройство с бредовыми состояниями, галлюцинациями и неадекватностью поведения, которое продолжается менее 6 месяцев.

**5. Шизоаффективное расстройство.** Характеризуется сочетанием шизофренических симптомов и ярко выраженной манией (**биполярный тип**) или депрессией (**депрессивный тип**).

**6. Индуцированное психотическое расстройство.** Один и тот же бред возникает у двух человек, один из которых имеет невысокий интеллект или зависим от другого.

**7. Психотические нарушения, обусловленные соматическим или другим заболеванием.** Галлюцинации и бредовые расстройства, вызванные каким-либо заболеванием, например эпилепсией, абстиненцией, менингитом.

**8. Психотическое расстройство, вызванное психоактивным веществом.** Симптомы психоза, вызванные употреблением психотропных или иных веществ, например, галлюциногенов, кокаина.

**9. Психотическое расстройство неутончённое (атипичный психоз).** Психотические расстройства, связанные с: 1) определённой культурой (кого – встречающийся в Южной и Восточной Азии страх уменьшения пениса); 2) определённым временем или событием (послеродовой психоз – через 48-72 часа после родов); 3) уникальной группой симптомов (синдром Капгра – пациентам кажется, что у них есть двойник).

**Е. Расстройства настроения (аффективные расстройства).** Характеризуются депрессией, которая доминирует в психической жизни пациента и является причиной дисфункции. Расстройства настроения могут быть вызваны соматическим или неврологическим заболеванием, приёмом психоактивных веществ (кокаина), или лекарственных препаратов (таких как противоопухолевые препараты, резерпин).

**1. Биполярные расстройства.** Характеризуются большой эмоциональной лабильностью, ремиссией и рецидивированием. Биполярное расстройство I типа – маниакальное или смешанное состояние, обычно с большим депрессивным эпизодом. Биполярное расстройство II типа – большой депрессивный эпизод и гипоманиакальный эпизод (менее сильный, чем мания) без маниакального или смешанного эпизода, циклотимические нарушения – менее тяжёлая форма биполярного расстройства.

**2. Депрессивные расстройства. Большое депрессивное расстройство** – крайне подавленное настроение, психическая и двигательная заторможенность, тревога, страх, растерянность, апатия, чувство вины, суицидальные мысли, обычно рецидивирующие.

**Дистимическое расстройство** – менее тяжёлая форма депрессии, обычно вызванная определённым событием или потерей близкого человека (депрессивный невроз). **Послеродовая депрессия** – возникает в течение месяца после родов. **Депрессивное расстройство сезонного характера (аффективное сезонное расстройство)** – чаще всего возникает зимой.

**Ж. Тревожные расстройства.** Характеризуются глубокой и устойчивой тревогой (**генерализованное тревожное расстройство**), частоходящей до паники (**паническое расстройство**), боязнью выйти из дома (**агорафобия**), боязнью определённых ситуаций или объектов (**специфические фобии**), публичного выступления (**социальные фобии**), непроизвольным и устойчивым возникновением каких-либо мыслей, желаний, побуждений или действий (**обсессивно-компульсивное расстройство**). Включают в себя также **посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)**, как результат чрезвычайного жизненного стресса (война, катастрофа), которое характеризуется тревогой, кошмарными сновидениями, апатией, а иногда депрессией; **острую реакцию на стресс** – расстройство, клинически схожее с ПТСР, но менее продолжительное (до 4 недель). Может быть вызвано **соматическим заболеванием**, например, гипертиреозом, либо **психоактивным веществом**, например, кокаином.

**З. Соматоформные расстройства.** Характеризуются болезненной озабоченностью своим здоровьем, чрезмерной боязнью, заботой о какой-либо болезни. Подразделяют на **соматизированное расстройство** – многочисленные соматические жалобы без органической патологии; **конверсионное расстройство** (истерия, синдром Бристоль) – заболевание, при котором возникают мнимые расстройства, проявляющиеся слепотой, глухотой, паросмией, потерей чувствительности, парестезиями, параличами, атаксией, акинезией или паркинсонией; пациенты часто проявляют неуместную беззаботность и могут стараться извлечь выгоду из своих действий; **ипохондрию (ипохондрический невроз)** – состояние чрезмерной заботы о собственном здоровье и устойчивая ложная убеждённость в наличии у себя той или иной болезни; **стойкое соматоформное болевое расстройство** – состояние повышенной озабоченности ощущениями, при котором играют роль психологические факторы; **дисморфофобическое расстройство** – ложное убеждение в том, что та или иная часть тела деформирована.

**И. Имитируемые расстройства.** Характеризуются намеренным придумыванием психических, соматических или одновременно тех и других симптомов с целью казаться больным (синдром Мюнхгаузена).

**К. Диссоциативные расстройства.** Характеризуются неожиданным временным нарушением сознания или расстройством идентификации личности. **Диссоциативная (психогенная) амнезия** – потеря памяти без

какой-либо органической причины; **Диссоциативная (психогенная) фуга** – неожиданное бегство из дома; диссоциативное расстройство идентификации (расстройство в форме множественной личности) – больному кажется, что в нём существует две или более личности; **деперсонализационное расстройство** – чувство отчуждения собственной личности (эмоций, мыслей, поступков и др.).

**Л. Сексуальные расстройства и расстройства половой идентификации.** Подразделяют на расстройства сексуального предпочтения, расстройства половой идентификации и сексуальную дисфункцию. Расстройства сексуального предпочтения (парафилии) наблюдаются у больных, чьи интересы в половой жизни направлены преимущественно не на лиц противоположного пола, а на какие-либо предметы, половые действия, не связанные с коитусом, или коитус при необычных обстоятельствах. Включают в себя **экзгибиционизм, фетишизм, фроттеризм, педофилию, мазохизм, садизм, фетишистский трансвестизм и вуайеризм.**

Сексуальные дисфункции связаны с **влечением (расстройство в виде снижения сексуального влечения, расстройство, связанное с сексуальным отвращением), с возбуждением (расстройство сексуального возбуждения у женщин, расстройство эрекции у мужчин), с оргазмом (расстройство оргазма у женщин, например, аноргазмия, расстройство оргазма у мужчин, например, задержанная или преждевременная эякуляция) и сексуальными болевыми расстройствами (диспареуния, вагинизм). Сексуальная дисфункция может быть вызвана соматическим или неврологическим заболеванием (таким, как рассеянный склероз) или злоупотреблением психоактивным веществом (например, фенамином).**

Расстройства половой идентификации (включая транссексуализм) характеризуются устойчивым дискомфортом, связанным со своей половой принадлежностью, и стремлением к изменению своих половых признаков, например, путём кастрации.

**М. Расстройства пищевого поведения.** Характеризуются нарушением в пищевом поведении. Включают в себя **нервную анорексию** (потеря массы тела, отказ от пищи) и **нервную булимию** (приступы чревоугодничества с последующей рвотой или без неё).

**Н. Расстройства сна.** Включают: 1) **диссомнию**, при которой у больного возникают расстройства сна, он не может заснуть (инсомния); 2) **парасомнию**, например, **расстройство в виде ночных кошмаров, сомнамбулизм или расстройство в виде ночных ужасов** (больной просыпается, парализованный страхом); **нарколепсию** (приступы паралогического сна с утратой мышечного тонуса – катаплексия); 4) **расстройства сна, связанные с дыханием** (храп, апноэ); **расстройства циркадианного ритма сна и бодрствования** (дневная сонливость, инверсия ритма сна и бодрствования).

Расстройства сна также могут быть вызваны **соматическим или неврологическим заболеванием**, например, болезнью Паркинсона, и **злоупотреблением психоактивным веществом**, например, алкоголем.

**О. Расстройства контроля над побуждениями** (нигде больше не классифицированные). Расстройства, при которых больной не может контролировать свои побуждения, импульсивное влечение к выполнению каких-либо действий. Разновидностями их являются **перемежающееся эксплозивное расстройство** (несдерживаемая агрессия), **клетомания** (патологическое влечение к воровству), **пиромания** (патологическое влечение к поджогам), **трихотилломания** (выдёргивание у себя волос), и **патологическое влечение к азартным играм.**

**П. Расстройства адаптации.** Недостаточная адаптация к стрессовым воздействиям, возникающим в жизни. Подразделяются в зависимости от симптомов на расстройства **с тревогой, с депрессивным**

настроением, с тревогой и депрессивным настроением, с нарушением поведения, с нарушением эмоций и поведения.

**Р. Расстройства личности.** Расстройства, характеризующиеся глубоко укоренившимися дезадаптивными моделями поведения, которые обычно начинают проявляться в детстве или юности.

**1. Параноидное расстройство личности.** Характеризуется необоснованной подозрительностью, гиперчувствительностью, ревностью, завистью, ригидностью, чрезмерным самомнением и тенденцией обвинять других и приписывать им злые намерения.

**2. Шизоидное расстройство личности.** Характеризуется робостью, сенситивностью, стремлением к отшельничеству, эмоциональной закрытостью, избеганием близких отношений, эксцентричностью, склонностью к фантазированию и неспособностью выразить враждебность или агрессию. Утрата чувства реальности не наблюдается.

**3. Шизотипическое расстройство личности.** Сходное с шизоидным, но в этом случае больной проявляет незначительную утрату чувства реальности, странные убеждения, он отчуждён от окружающего мира, аутичен.

**4. Обсессивно-компульсивное расстройство личности.** Характеризуется чрезмерным беспокойством о совершении действий в согласии с нормами морали; пациент может быть ригидным, сверхсовестливым, преисполненным сознанием долга, чрезвычайно подавленным и не способным расслабиться (пунктуальный, бережливый, аккуратный).

**5. Истерическое (гистрионное) расстройство личности.** Характеризуется эмоциональной нестабильностью, возбудимостью, гиперактивностью, психической незрелостью, тщеславием, театральностью самовыражения для привлечения внимания и успокоения.

**6. Расстройство личности в виде уклонения (избегания).** Характеризуется сниженной энергичностью, быстрой утомляемостью, недостатком энтузиазма, ощущением неполноценности, уклонением от социальных контактов, неспособностью наслаждаться жизнью и сверхчувствительностью к стрессу.

**7. Антисоциальное расстройство личности.** Наблюдается у людей, которые находятся в конфликте с обществом; они не способны к сочувствию, эгоистичны, грубы, безответственны, импульсивны и не способны чувствовать вину за свои проступки или учиться на жизненном опыте, имеют низкий уровень фрустрационной толерантности, склонны обвинять других.

**8. Нарциссическое расстройство личности.** Характеризуется ощущением величия, обладания прав на что-либо, недостатком сочувствия, завистливостью, стремлением манипулировать людьми, самолюбованием, потребностью во внимании и восхищении со стороны других.

**9. Пограничное расстройство личности.** Характеризуется нестабильностью, импульсивностью, беспорядочной половой жизнью, попытками самоубийства, членовредительством, личными проблемами и чувством опустошения и тоски.

**10. Зависимое расстройство личности.** Характеризуется пассивным и покорным поведением, пациент не уверен в себе и становится полностью зависимым от других.

**С. Прочие состояния, которые могут иметь клиническое значение.** Состояния, при которых психическое расстройство не выражено, но существует проблема диагностики и лечения.

**1. Соматические расстройства вследствие влияния психологических факторов.** Расстройства, характеризующиеся общесоматическими расстройствами, на появление которых повлияли эмоциональные факторы или которые были вызваны ими; обычно при этом имеется в виду система отдельных органов, работа которых контролируется вегетативной нервной системой, или непосредственно зависит от неё. В

частности они включают в себя атопический дерматит, поясничные боли, бронхиальную астму, гипертонию, мигрень, язву и колит.

### **2. Расстройства движений, связанные с воздействием лекарственных препаратов.**

Расстройства, вызванные лекарственными средствами, особенно антагонистами дофаминовых рецепторов, например, аминазином. Включают в себя **паркинсонизм, нейролептический синдром** (мышечная ригидность, гипотермия), **острую дистонию** (миотонический спазм), **острую акатизию** (неусидчивость), **позднюю дискинезию** (хореоподобные движения) и **постуральный тремор**.

**3. Проблемы взаимоотношений.** Нарушенные отношения в рамках привычной социальной среды. Включают в себя **проблемы взаимоотношений родителей и детей, супругов и проблемы sibсов (братьев и сестёр)**. Также могут возникать, когда один член социальной группы психически или физически болен, а другой вследствие этого находится в состоянии стресса.

**4. Проблемы, связанные с плохим обращением, пренебрежением и насилием.** Включают в себя **физическое и сексуальное насилие** у детей и взрослых.

**Т. Дополнительные состояния, которые могут иметь клиническое значение.** Состояния, при которых у людей есть проблемы, недостаточно серьёзные, чтобы психиатр мог поставить диагноз, но которые связаны с самоопределением человека в обществе. Классифицированы как **анти-социальное поведение у взрослых, детей и подростков** (повторяющиеся преступные действия), **пограничную интеллектуальную недостаточность** (IQ 71-84), **симуляцию** (сознательное воспроизведение симптомов той или иной болезни), **отказ от лечения, проблемы на работе или в учёбе, проблемы, связанные с периодом жизни** (отцовство, материнство, безработица), **тяжёлую утрату, связанную с возрастом, ухудшение когнитивных функций** (забывчивость в преклонном возрасте), **проблемы личности** (выбор карьеры, сексуальная ориентация), **религиозные или духовные проблемы и проблемы культурной адаптации** (после иммиграции).

### **У. Другие категории.**

**1. Синдром последствий сотрясения мозга.** Ухудшение познавательной деятельности, головные боли, нарушения сна, головокружение, изменение личности после травмы головы.

**2. Лёгкое когнитивное расстройство.** Нарушения памяти, мышления, внимания как результат соматического заболевания, например, нарушения электролитного баланса, гипотиреоза, ранних стадий рассеянного склероза.

**3. Синдром отмены кофеина.** Усталость, депрессия, беспокойство после прекращения приёма кофеина.

**4. Постпсихозная депрессия.** Депрессивный эпизод, который может быть довольно длительным, возникающий как следствие шизофрении.

**5. Бредовая шизофрения.** Характеризуется странностями поведения, неспособностью соответствовать требованиям общества, притуплением эмоциональных реакций, волевыми расстройствами и низкой социальной адаптацией. Бредовые состояния и галлюцинации не очевидны.

**6. Малое депрессивное расстройство, кратковременное, рекуррентное депрессивное расстройство и предменструальное дисфорическое расстройство.** Малое депрессивное расстройство проявляется такими симптомами, как беспокойство, и повышенное внимание к незначительным дисфункциям вегетативной нервной системы (тремор и сердцебиение). **Кратковременное рекуррентное депрессивное расстройство** характеризуется рецидивирующими эпизодами депрессии, каждый из которых длится менее двух недель (обычно 2-3 дня) и завершается полным выздоровлением. **Предменструальное дисфорическое расстройство** возникает за одну неделю до менструации (фаза жёлтого тела) и сопровождается угнетённым настроением, тревогой, раздражительностью, заторможенностью, нарушениями сна.



**7. Смешанное тревожное и депрессивное расстройство.** Характеризуется одновременно тревогой и депрессией, ни одна из которой не является доминирующей (иногда это расстройство называют неврастенией).

**8. Имитируемое расстройство («по доверенности»).** Также известно как синдром Мюнхгаузена. Пациенты придумывают болезни своим детям.

**9. Диссоциативное расстройство в виде транса.** Характеризуется временной потерей ощущения себя как личности и неосознанностью окружающего; пациент ведёт себя так, как если бы его поведение контролировалось другой личностью, духом или силой.

**10. Переедание, связанное с психологическими расстройствами.** Форма булимии, характеризующаяся рецидивирующими приступами чревоугодничества без вызывания рвоты и злоупотребления слабительными.

**11. Депрессивное расстройство личности пассивно-агрессивное расстройство личности.** Эти расстройства относятся к категории неуточнённых.

#### Литература:

1. Каплан Г., Сэдок Б. «Клиническая психиатрия» - перевод с англ. М.: Гармедцина, 1999. С. 13-22.
2. Ли С. П. «Судебная психиатрия» УМК, Минск, изд-во МЧУ. 2006. С. 4-5.
3. Полное собрание сочинений Российской империи. Т. 1. Спб. 1800, с. 441.

### 3. Предмет и содержание судебной психиатрии

1. Судебная психиатрия как составная часть психиатрии, изучающая психические заболевания человека в связи с его общественно опасными действиями.
2. Задачи судебной психиатрии.
3. Связь судебной психиатрии с юридическими и другими науками.
4. Организация психиатрической помощи и судебно-психиатрической экспертизы в Республике Беларусь. Виды судебно-психиатрической экспертизы.
5. Роль судебной психиатрии в уголовном и гражданском процессах (вменяемость и невменяемость, дееспособность и недееспособность).

Судебная психиатрия, являясь отраслью медицинской науки – психиатрии, имеет вместе с тем самостоятельные задачи.

Психиатра в клинике интересует главным образом определение характера и причин заболеваний и целью их предупреждения и лечения. Для судебной же психиатрии эти цели сохраняют своё значение, но главной задачей является изучение психических расстройств в их специальном отношении к определённым вопросам уголовного и гражданского права и процесса.

#### Перед судебной психиатрией стоят практические задачи:

- экспертные освидетельствования и дача заключений о вменяемости или невменяемости лиц, привлекаемых к уголовной ответственности и вызывающих сомнение в их психическом здоровье у следственных органов и суда, и о психическом состоянии этих лиц в период производства экспертизы;
- предупреждение общественно опасных действий психически больных, в том числе путём применения мер медицинского характера в отношении невменяемых и заболевших после совершения преступления;
- освидетельствования и дача экспертных заключений по вопросу о дееспособности лиц, вызывающих сомнение в их психическом здоровье у суда в гражданском процессе;