

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. Спинной 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 диссимуляция 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...»\*

воздействия, обливание холодной водой и т.п.). Воспоминания о периоде припадка фрагментарны, после припадка больные испытывают разбитость.

**Корсаковский (амнестический синдром).** Определяется триадой психических нарушений: **амнезией, дезориентировкой и конфабуляциями.** Амнестические расстройства проявляются в полном или частичном нарушении памяти на текущие события (фиксационная амнезия). Память прошлых лет может оставаться относительно сохранной, однако чаще наблюдаются те или иные степени её нарушения (ретроградная амнезия), захватывающие периоды продолжительностью от нескольких недель до нескольких лет. Больные не в состоянии запомнить текущие события, не могут определять время, сказать, где находятся, кто их окружает, с кем только что говорили, что делали. У них нарушена пространственная ориентировка – не находят своей постели, не могут запомнить расположение помещений отделения больницы и т.д. Конфабуляции возникают обычно при расспросах, а не спонтанно. Их содержание касается, преимущественно, фактов обыденной жизни или ситуаций, связанных с их профессиональной деятельностью. Изредка встречаются конфабуляции фантастического содержания. У больных преобладает вялость, пассивность, снижение побуждений, утомляемость. Известное сознание болезни, в частности в отношении расстройств памяти, наблюдается постоянно. Обычно больные стремятся примитивными приёмами скрыть мнестический дефект.

**Синдром слабоумия.** Слабоумие – необратимое обеднение всей психической деятельности, сопровождаемое утратой или снижением полученных в прошлом знаний и навыков, при невозможности или затруднении в приобретении новых.

Выделяют врождённое слабоумие (олигофрения) и приобретённое. Последнее слабоумие называется деменцией. В зависимости от нозологической природы различают сенильное, паралитическое, травматическое, эпилептическое и другие формы слабоумия. Тотальное слабоумие определяется глубоким нарушением критики или полным её отсутствием. У больных резко снижен уровень суждений и расстроена память. Мышление обеднено и непродуктивно. Преобладает безразличие или беспечность. Индивидуальные прежние особенности характера утрачены. Если раньше наблюдались позитивные различные симптомы, т.е. психические расстройства, то теперь их нет. Остаются только **«развалины душевной организации»** (Модзли).

## Расстройства личности

Определение.

Расстройства личности – это длительно существующие, глубокие и стойкие расстройства характера, дезадаптивные модели поведения, затрагивающие различные сферы психической деятельности. Дезадаптивные особенности могут касаться поведенческих, эмоциональных, интеллектуальных, перцептивных или психодинамических проявлений.

Определение понятия расстройств личности близко к привычному для нас определению психопатий. В нём подчёркиваются стойкость и тотальность нарушений психической деятельности, склонность таких личностей к дезадаптации.

Нарушение личности может выражаться в изменении строения мотивов, их иерархии, смыслообразования, в нарушении самооценки и уровня притязания, нарушениях общения, самоконтроля и саморегуляции.

Результаты патопсихологических исследований личности позволяют выделить следующие нарушения:

- нарушение опосредствования и иерархии мотивов;
- формирование патологических потребностей и мотивов;
- нарушение смыслообразования;
- нарушение контроля над поведением.

Различают 3 группы расстройств личности.

К первой группе (группа А) относятся **расстройства личности с проявлением странностей и эксцентричности** (параноидное, шизоидное, шизотипическое).

Ко 2-ой группе (группа Б) относятся **расстройства личности с проявлениями театральности, эмоциональности и лабильности** – антисоциальное, пограничное, истерическое, нарциссическое.

3-я группа (группа В) включает **расстройства личности с проявлениями тревоги и страха** – избегание, обсессивно-компульсивное и зависимое.

## **I. Расстройства личности с проявлением странностей и эксцентричности**

### **А. Параноидное расстройство личности**

В отечественной психиатрии этому расстройству соответствует параноидальная психопатия.

#### **Определение.**

**Тенденция приписывать окружающим злые намерения.**

Впервые возникающие в подростковом возрасте недоверие и подозрительность в отношении окружающих, с интерпретацией их действий как направленных против больного, которые проявляются в жизненных различных ситуациях, и о наличии которых свидетельствует не менее 5 следующих симптомов.

1. Безосновательные подозрения, что окружающие используют, обманывают больного или причиняют ему вред.
2. Озабоченность сомнениями в лояльности или надёжности друзей или коллег.
3. Нежелание больного доверять другим из-за необоснованного страха, что информация будет использована против него.
4. Поиски скрытого смысла или угрозы в высказываниях окружающих или событиях.
5. Устойчивое недоброжелательное отношение к окружающим, неспособность прощать обиды или неуважение.
6. Ложное убеждение пациента, что кто-то угрожает его репутации, и немедленная реакция на это в виде злобы или агрессии.
7. Необоснованные периодические сомнения в верности супруга или сексуального партнёра.

### **Б. Шизоидное расстройство личности**

#### **Определение.**

**Образ жизни, ориентированный на самоизоляцию, без всякого стремления к общению.**

Впервые возникающая в подростковом возрасте устойчивая модель обособления от социальных контактов и сдержанности выражения эмоций в межличностных отношениях, которые проявляются в жизненных различных ситуациях и о наличии которых свидетельствует не менее 5 из следующих симптомов.

1. Нежелание иметь близкие отношения с окружающими и отсутствие радости от таких отношений, включая отношения с членами семьи.
2. Выбор только индивидуальной деятельности.
3. Сниженный интерес или его отсутствие к сексуальным отношениям.
4. Ограниченный круг деятельности или полное отсутствие интереса к какой-либо деятельности.

5. Отсутствие близких друзей или приятелей.
6. Равнодушие к похвале или критике.
7. Эмоциональная холодность, обособленность, отчуждённость или оскудение эмоций.

## **В. Шизотипическое расстройство личности**

### **Определение.**

#### **Многочисленные странности в поведении, мышлении, эмоциях, речи, внешнем виде.**

Впервые возникающее в подростковом возрасте нарушение социального и межличностного функционирования, которое характеризуется дискомфортом, связанным с недостаточной способностью создавать тесные взаимоотношения с окружающими. Наличие когнитивных нарушений, искажений восприятия и эксцентричности поведения, которые проявляются в жизненных различных ситуациях и о наличии которых свидетельствует не менее 5 из следующих симптомов.

1. Идеи отношения (исключая бред отношения).
2. Необычные убеждения или магическое мышление, которые влияют на поведение и не соответствуют нормам данной субкультуры (например, суеверия, приписывание себе способности к ясновидению, телепатии, «шестому чувству»; у детей и подростков – причудливые фантазии и увлечения).
3. Необычные перцептивные ощущения, включая иллюзии, связанные со собственным телом.
4. Странность мышления и речи (например, неопределённость, обстоятельность, метафоричность или стереотипность).
5. Подозрительность или параноидные мысли.
6. Неадекватность или обеднение эмоций.
7. Странное или эксцентричное поведение или внешность.
8. Отсутствие близких друзей.
9. Чрезмерная тревожность при общении с окружающими, которая не ослабевает при близком знакомстве и скорее связана с параноидными страхами, чем с негативной самооценкой.

## **II. Расстройства личности с проявлениями театральности, эмоциональности и лабильности**

### **1. Антисоциальное расстройство личности**

#### **Определение.**

#### **Деадаптивное поведение с игнорированием прав окружающих.**

Впервые возникающее в возрасте до 15 лет игнорирование и нарушение прав окружающих, которые проявляются в жизненных различных ситуациях и о наличии которых свидетельствует не менее 5 следующих симптомов.

1. Неспособность соблюдать принятые в обществе нормы поведения и вести себя в соответствии с законом – повторное совершение действий, которые могут служить поводом для ареста.
2. Склонность ко лжи, проявляющаяся в частых и повторных обманах окружающих, стремлении получить личную выгоду или удовольствие с игнорированием интересов окружающих, а также в использовании вымышленных имён.
3. Импульсивность поступков или неспособность к планированию.
4. Раздражительность и агрессивность – повторные драки или нападения.
5. Безрассудное игнорирование личной безопасности или безопасности окружающих.
6. Безответственное отношение к своим обязанностям, проявляющееся в неспособности сосредоточиться на выполнении работы или в нарушении финансовых обязательств.

7. Неспособность к сочувствию, проявляющаяся в равнодушии или стремлении рационалистически объяснять свои поступки, связанные с нанесением обид окружающим, плохими отношениями с ними либо с совершением кражи.

### **Б. Пограничное расстройство личности**

#### **Определение.**

А) Точное определение этого расстройства связано с рядом сложностей и противоречий. Часто ставится ошибочный диагноз невроза, психоза, расстройства настроения, другого расстройства личности, когнитивных расстройств;

**Б) При пограничном расстройстве отмечаются проблемы самостоятельности, аффективного контроля, а также сильные личные привязанности.**

Впервые возникающая в подростковом возрасте нестабильность межличностных отношений, самооценки и аффективного реагирования и выраженная импульсивность, которая проявляется в жизненных различных ситуациях и о наличии которой свидетельствует не менее 5 из следующих симптомов.

1. Отчаянные попытки избежать реального или воображаемого одиночества.
2. Неустойчивые и бурные межличностные отношения с поочередными колебаниями между крайней идеализацией и крайне негативной оценкой.
3. Нарушение идентификации: выраженная и длительно сохраняющаяся нестабильность в представлении о самом себе или самооценке.
4. Импульсивность, по меньшей мере, в двух сферах деятельности, которые связаны с потенциальным риском (например, растрачивание денег, неразборчивость в половых связях, употребление наркотиков, пренебрежение правилами дорожного движения, пьянство).
5. Тенденция к аутоагрессии (самопоражению), включая суицидальные попытки или угрозы.
6. Аффективная неустойчивость, обусловленная выраженной склонностью к колебаниям настроения (например, глубокая эпизодическая дисфория, раздражительность или тревога, которые сохраняются несколько часов, в редких случаях несколько дней).
7. Постоянное ощущение опустошенности.
8. Неадекватная выраженная гневливость или трудности в её сдерживании (например, частая вспыльчивость, постоянная озлобленность, периодическое участие в драках).
9. Транзиторные, связанные со стрессом параноидные мысли или выраженные диссоциативные симптомы.

### **В. Истерическое расстройство личности**

#### **Определение.**

**Театральный, эмоциональный, чрезмерно экспрессивный стиль поведения.**

Впервые возникающие в подростковом возрасте чрезмерная эмоциональность и стремление к привлечению внимания, которые проявляются в жизненных различных ситуациях и о наличии которых свидетельствуют не менее 5 из следующих симптомов.

1. Ощущения дискомфорта в ситуациях, когда пациент не является объектом внимания.
2. Отношения с окружающими часто характеризуются неуместным проявлением сексуального обаяния во внешности или поведении.
3. Лабильность и поверхностность эмоциональных переживаний.
4. Постоянное использование собственной внешности для привлечения к себе внимания.
5. Чрезмерно выразительный, но недостаточно точный стиль речи.
6. Самодраматизация, театральность и преувеличенное выражение эмоций.

7. Внушаемость, подверженность влиянию людей или обстоятельств.
8. Понимание межличностных отношений как более интимных, чем в действительности.

### **Г. Нарциссическое расстройство личности**

#### **Определение.**

#### **Преувеличение собственного значения и повышенная озабоченность вопросами самоуважения**

Отечественные психиатры описывали подобных субъектов, употребляя понятие «псевдология» в рамках варианта истерической психопатии.

Впервые возникающие в подростковом возрасте представления о собственном величии (выражающиеся в фантазиях или в поведении), потребность в восхищении со стороны окружающих и невозможность сопереживания, которые проявляются в жизненных различных ситуациях и о наличии которых свидетельствуют не менее 5 из следующих симптомов.

1. Грандиозное чувство собственной значимости (например, преувеличение пациентом собственных достижений и талантов, ожидание признания без соответствующих заслуг).
2. Поглощенность фантазиями о небывалом успехе, неограниченной власти, блеске, красоте или идеальной любви.
3. Убежденность пациента в собственной уникальности и способности общаться или быть связанным с другими особенными или имеющими высокий статус людьми (или убеждениями).
4. Потребность в чрезмерном восхищении со стороны окружающих.
5. Чувство своей избранности, т.е. беспричинные ожидания очень хорошего отношения или беспрекословного подчинения требованиям.
6. В личных отношениях тенденция эксплуатировать окружающих, т.е. использовать других людей для достижения собственных целей.
7. Невозможность проявлять сочувствие, нежелание понимать чувства или потребности окружающих или ставить себя на их место.
8. Чувство зависти к окружающим или убежденность в том, что другие завидуют ему.
9. Поведение или взгляды отличающиеся высокомерием, самонадеянностью, надменностью.

### **III. Расстройства личности с проявлениями тревоги и страха**

В отечественной психиатрии рассматриваются как тормозимые или астенические личности.

#### **1. Обсессивно-компульсивное расстройство личности**

#### **Определение.**

Характерны **стремление к совершенству и отсутствие гибкости.**

Впервые возникающая в подростковом возрасте озабоченность порядком, стремление к совершенству, контролю над психической активностью и межличностными отношениями в ущерб собственной гибкости, открытости, продуктивности, которые проявляются в жизненных различных ситуациях и о наличии которых свидетельствует не менее 4 из следующих симптомов.

1. Поглощенность деталями, правилами, списками, приказами, организацией или планированием в такой степени, что основная цель работы теряется.
2. Стремление к усовершенствованию, которое мешает завершить выполнение задания (например, неспособность закончить проект, поскольку он не отвечает собственным чрезмерно строгим требованиям).
3. Чрезмерная занятость работой и достижением результатов в такой степени, что исключается возможность отдыха и дружеского общения (без очевидных финансовых трудностей).

4. Чрезмерная совестливость, скрупулёзность и отсутствие гибкости в вопросах морали, этики или нравственных ценностей (не обусловленные культурными или религиозными убеждениями).
5. Неспособность избавляться от изношенных или ненужных вещей, даже если они не связаны с сентиментальными воспоминаниями.
6. Нежелание делить ответственность или работу с другими, за исключением случаев, когда другие выполняют работу в полном соответствии с требованиями пациента.
7. Скупость в отношении себя или окружающих, деньги откладываются про запас на чёрный день.
8. Ригидность и упрямство.

### **Б. Расстройство личности в виде уклонения (избегания)**

#### **Определение.**

#### **Робкая или застенчивая личность.**

Впервые возникающие в подростковом возрасте ограничения социальных контактов, ощущение собственной неполноценности и сверхчувствительность к негативным оценкам, которые проявляются в жизненных различных ситуациях и о наличии которых свидетельствует не менее 4 из следующих симптомов.

1. Стремление избегать профессиональной деятельности, тесной связи с другими людьми, из-за опасения критики, неодобрения или недовольства.
2. Нежелание вступать в контакт с людьми, если есть подозрение, что они не будут испытывать к пациенту чувство симпатии или любви.
3. Сдержанность в интимных отношениях из-за страха перед упрёками или насмешками со стороны партнёра.
4. Обеспокоенность возможностью критического отношения и неодобрения со стороны окружающих.
5. Подавление эмоций при общении с новыми людьми из-за чувства собственной неполноценности.
6. Убежденность в собственной неспособности к социальным контактам, отсутствии личного обаяния или превосходстве окружающих.
7. Как правило, нежелание брать на себя ответственность или участвовать в новых видах деятельности из-за опасения оказаться в затруднительном положении.

### **В. Зависимое расстройство личности**

#### **Определение.**

#### **Преимущество - зависимая от других и покорная личность.**

Впервые возникающая в подростковом возрасте глубокая и чрезмерная потребность в заботе со стороны окружающих, ведущая к возникновению покорного и зависимого поведения и страху перед возможной разлукой, которая проявляется в жизненных различных ситуациях и о наличии которой свидетельствует не менее 5 из следующих симптомов.

1. Трудности с принятием решений в повседневной жизни без помощи или убеждения со стороны.
2. Стремление перекладывать на других свою ответственность за решение задач в большинстве жизненных сфер.
3. Трудности при выражении несогласия с другими из-за страха утраты поддержки или одобрения.
4. Трудности в начинании новых дел или при выполнении самостоятельных действий (из-за отсутствия уверенности в себе, а не из-за отсутствия мотивации или энергии).
5. Чрезмерное стремление к заботе и поддержке со стороны окружающих, доходящее до добровольного выполнения действий, которые не доставляют удовольствия.

6. Ощущение дискомфорта и беспомощности в одиночестве из-за преувеличенного страха перед неспособностью позаботиться о себе.
7. В случае утраты близких отношений немедленно возникающая потребность найти новую тесную связь как источник заботы и поддержки.
8. Боязнь быть покинутым на произвол судьбы.

#### **IV. Другие расстройства личности**

##### **А. Пассивно-агрессивное расстройство личности**

###### **Определение.**

**Характеризуется стремлением к постоянным спорам и возражениям, откладыванием дел на долгий срок, упрямством и непродуктивностью.**

Впервые возникающее в подростковом возрасте негативное отношение к директивным требованиям чем-либо заниматься и пассивное сопротивление этим требованиям, которые проявляются в жизненных различных ситуациях и о наличии которых свидетельствует не менее 4 из следующих симптомов.

1. Пассивное сопротивление решению текущих социальных или профессиональных задач.
2. Жалобы на непонимание или недооценку со стороны окружающих.
3. Угрюмость и склонность вступать в споры.
4. Беспричинная критика в отношении авторитетных лиц или пренебрежение к ним.
5. Выражение зависти или злобы в отношении тех, кто более успешив.
6. Склонность к преувеличению своих неприятностей и постоянные жалобы на свои несчастья.
7. Чередование непокорности и раскаяния.

##### **Б. Депрессивное расстройство личности**

###### **Определение.**

**У лиц с этим расстройством отмечается пессимизм, агедония, чрезмерная приверженность к исполнению долга, неуверенность в себе и постоянное ощущение собственного несчастья.**

Впервые возникающие в подростковом возрасте депрессивное мировоззрение и поведение, которые проявляются в жизненных различных ситуациях и, о которых свидетельствуют не менее 5 из следующих симптомов.

1. Преобладание унылого, мрачного, подавленного настроения.
2. Отношение к себе основывается на убеждении в собственной неполноценности, никчемности и низкой самооценке.
3. Тенденция к самокритике, самообвинению и преуменьшению собственных заслуг.
4. Склонность к пессимистическим размышлениям и поиску поводов для беспокойства.
5. Негативное, критическое или осуждающее отношение окружающих.
6. Пессимизм.
7. Склонность переживать чувство вины или сожаление.

##### **В. Садистическое расстройство личности**

Отношения основываются на жёстком и унижающем других людей поведением. В клинической практике встречается редко, но часто становится предметом судебных разбирательств. Предрасполагающим фактором служит насилие со стороны родителей.

##### **Г. Расстройство личности в виде самопоражения**

Пациенты стремятся к неблагоприятному развитию событий в собственной жизни. Отказываются от помощи и испытывают дисфорию в случае благоприятного для них исхода той или иной ситуации.

**Акцентуация характера** – крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий.

В подростковом возрасте от типа акцентуаций характера зависят особенности поведения в самых разных условиях и под влиянием различных обстоятельств. Основываясь на знании этого типа, можно прогнозировать поведение подростков.

#### **Гипертимный тип**

Для гипертимного типа акцентуации тяготение к аутодеструкции не характерно. Гипертимы не склонны наносить себе ущерб ни в физическом, ни в социально-психологическом плане.

Объективно саморазрушающим является тяготение к приключениям, риску, к острым ощущениям, к неизведанным переживаниям, неразборчивость в выборе знакомств. Мотивом считается стремление к самоутверждению; в сочетании с лидерством, подобное поведение может вообще быть направлено на утверждение себя как личности, а реальной опасностью для здоровья, жизни, для будущего социального статуса. Ими они пренебрегают ради острых ощущений. Суицидные помыслы и мысли им не свойственны. Зато аддиктивное поведение встречается нередко. Им присуще перепробовать на себе действие различных дурманных средств, езда на бешеной скорости, участие в драках, рискованные действия «на спор».

#### **Циклоидный тип**

У циклоидного типа акцентуации характера особенности поведения зависят от фазы. В гипертимной фазе оно ничем не отличается от описанного ранее. В субдепрессивной фазе возможно суицидальное поведение. Суицидальные действия обычно совершаются на высоте аффекта, при публичном унижении самолюбия. Другим проявлением саморазрушающего поведения может быть деликвентный эквивалент – забрасываются занятия, подростки устремляются в асоциальные компании, участвуют в правонарушениях, но ведут себя так, как будто ищут наказания, летят на рожон, чтобы быть избитым, заслужить крайне отрицательную репутацию. На всех поступках лежит печать отчаяния.

#### **Эмоционально-лабильный тип**

У эмоционально-лабильных подростков аффективное суицидальное поведение отличается быстрым принятием решения и довольно скорым его исполнением. Главным мотивом служит не столько желание умереть, сколько «что-то сделать с собой». Возможность смерти, однако, не допускается.

Другим фактором может служить желание «забыться» - предпочитают эйфоризирующие средства.

Эмоциональное отвержение со стороны близких и значимых лиц служит для них тяжким ударом и подталкивает к саморазрушающему поведению. Переживаниями с другими не делятся.

#### **Психастенический тип**

Психастеническая акцентуация вообще не располагает к деструктивному поведению. Защитную роль в этом отношении играют обряды и ритуалы. Им присуща нерешительность и страх ответственности, а также нетерпеливость в исполнении уже принятого решения, гиперкомпенсаторная самоуверенность и склонность к опалительности.

#### **Шизоидный тип**

Шизоидные подростки не склонны ни к суициду, ни к нанесению себе вреда. Имеет место аддиктивное поведение. Особенно привлекательны средства, которые способствуют аутистичному фантазированию или служат «коммуникативным допингом», облегчают контакты со сверстниками, особенно неформальные. Большое место в жизни занимает хобби, они могут совершать кражи предметов, например, для собираемой коллекции.

### **Эпилептоидный тип**

Эпилептоидная акцентуация сопровождается тяжелыми дисфориями с истинными суицидными поступками, а также демонстративное суицидальное поведение: настоящего намерения умереть нет, целью ставится напугать обидчика. Чаще всего наносят себе порезы, ожоги от горящих сигарет из мазохистских побуждений. Может быть злоупотребление алкоголем «до отключения», а также наркотическими средствами и азартными играми.

### **Истероидный тип**

Истероидная акцентуация характера сопровождается демонстративностью, претенциозностью у подростков. И суицидные действия часто носят демонстративный характер. Стремятся лишь к тому, чтобы произвести наибольшее впечатление на окружающих, разжалобить или напугать их, главное, добиться желаемого.

В выпивающей компании такие подростки способны «всех перепить» или попытаться на себе действие модных дурмящих средств.

### **Неустойчивый тип**

При неустойчивом типе акцентуации аутодеструкция не характерна. Преобладает желание везде и всюду искать удовольствия, наслаждения. Представители этого типа составляют высокий риск алкоголизма, наркоманий и токсикоманий. Трусливость и слабоволие не благоприятствуют активному поиску опасных ситуаций, но делают подростков зависимыми от более стойких сверстников, для которых «таскают каштаны из огня».

### **Конформный тип**

Конформный тип встречается редко. Саморазрушающее поведение возможно как соучастие в групповых действиях «своей компании» (от злоупотребления алкоголем до совместных суицидных действий).

### **Самопораженческий тип**

Самопораженческий тип характеризуется предпочтением ситуаций и людей, общение с которыми явно сулит неудачи и разочарования, отвержение помощи себе со стороны. Собственные успехи вызывают депрессию, чувство вины. Категорически уклоняются от всего, что может доставить удовольствие.

### **Понятие девиантного поведения**

В последние годы, в связи с глобальными социально-экономическими системными изменениями во всем мире интерес к проблеме отклоняющегося поведения значительно вырос, что и обуславливает необходимость более глубокого исследования причин и форм девиантного поведения.

Личности, отклоняющимся поведением могут иметь психические расстройства, но могут быть и душевно здоровыми. В этом случае девиации базируются на внутриличностном или межличностном конфликте, отражают какую-нибудь личностную «деформацию» и подразумевают необходимость их коррекции с помощью методов психологического воздействия.

Психологическая помощь понимается как предоставление человеку информации о его психологическом состоянии, причинах и механизмах поведения, психологических и психопатологических симптомах и синдромах, и воздействие на индивида с целью гармонизации его психологической жизни.

### **Типология девиантного поведения**

В зависимости от способов взаимодействия индивида с реальностью и нарушения тех или иных норм общества девиантное поведение разделяется на пять типов (по В.Д. Менделевичу):

1. Деликвентный тип (преступление, проступок);

2. Аддиктивный тип (сексуальные взаимодействия, трудоголизм, фанатизм);
3. Патохарактерологический (психопатии и акцентуации характера);
4. Психопатологический тип (психические расстройства и заболевания);
5. Тип, основанный на гиперспособностях (математических способностях, музыкальных, художественных и др.).

Выделяют следующие клинические формы девиантного поведения:

- агрессия;
- суицид;
- злоупотребление веществами, вызывающими состояние измененной психической деятельности (алкоголь, наркотики, табакокурение);
- нарушение пищевого поведения (переедание, голодание);
- аномалии сексуального поведения (девиации, перверзии);
- сверхценные психологические увлечения («трудоголизм», «гемблинг», фанатизм, коллекционирование);
- сверхценные патопсихологические увлечения (религиозность маний, сутяжничество и др.);
- характерологические и патохарактерологические реакции (эмансипации, группирование);
- коммуникативные девиации (аутизм, гиперобщительность, конформизм, фобическое, нарциссическое поведение);
- безнравственное, аморальное поведение (алчность, зависть, прелюбодеяние, тщеславие и др.);
- неэстетическое поведение (девиации стиля речи – заикание, дислалия, афазия), девиация стиля взгляда, движений.

Следует привести и типологию И.П.Короленько и Т.А.Донских.

1. Анти социальное поведение (хулиганство, бродяжничество, кражи, преступность, проституция, вандализм, граффити).
2. Аддиктивное поведение (наркомания, токсикомания, курение, компьютерные и азартные игры, сексуальная аддикция, фетишизм и др.). Длительное переедание или голодание, прослушивание музыки, основанной на ритме; полное погружение в какой-то вид деятельности, забывая о жизненно важных проблемах.
3. Суицидное поведение.
4. Конформистское поведение.
5. Нарциссическое поведение.
6. Фанатическое поведение.
7. Аутистическое поведение.

**Психические болезни** – это результат сложных и разнообразных нарушений в деятельности различных систем организма человека, с преимущественным поражением головного мозга, особенно его высших корковых функций.

## Основные психопатологические синдромы

**Синдром** – это типичная совокупность патогенетически родственных симптомов.

Синдромы, в зависимости от преимущественного поражения той или иной сферы психической деятельности, подразделяются на неврозоподобные синдромы, синдромы расстроенного сознания, бредовые синдромы, синдромы аффективные и двигательно-волевых нарушений и др.

\***С. аментивный** - («инкогерентное» помрачение сознания) синдром помрачения сознания, характеризующийся глубокой дезориентировкой, бессвязностью мышления, аффектом недоумения, двигательными стереотипиями (по типу яктации) и полной последующей амнезией.

\***С. амнестический (Корсаковский синдром)** – расстройство, проявляющееся разнообразными амнестическими нарушениями (фиксационная, ретроградная и антероградная амнезии, конфабуляции) на фоне эйфории.

\***С. астенический** – невротический синдром, проявляющийся повышенной умственной и физической истощаемостью, различными висцеро-вегетативными расстройствами и нарушениями сна.

\***С. галлюциноза** – патологическое состояние, клиническая картина которого, практически, полностью исчерпывается наличием истинных галлюцинаций.

- **острый галлюциноз** - разновидность галлюциноза, характеризующаяся аффектом растерянности, тревоги, с чувственно яркими галлюцинаторными переживаниями и двигательным возбуждением.

- **хронический галлюциноз** – разновидность галлюциноза, характеризующаяся монотонностью аффекта и однообразием галлюцинаций.

\***С. галлюцинаторно-параноидный** - расстройство, характеризующееся преобладанием псевдогаллюцинаций на фоне бредовых идей (преследования, воздействия) и других психических автоматизмов.

\***С. Ганзера** – вариант психогенного сумеречного помрачения сознания, характеризующийся явлениями «мимомоответов» и «мимодействий».

\***С. гебефренический** - характеризуется манерно-дурашливыми формами поведения, безмотивными действиями и непродуктивной эйфорией (триада О.В. Кербикова).

\***С. делириозный** – («галлюцинаторное» помрачение сознания) – форма помрачения сознания, характеризующаяся расстройством аллопсихической ориентировки и обилием фрагментарных истинных галлюцинаций (иллюзий).

\***С. депрессивный** – вариант аффективного синдрома, характеризующийся снижением настроения, двигательной заторможенностью и замедлением мышления («депрессивная» триада).

\***С. ипохондрический** – расстройство, характеризующееся необоснованным беспокойством больного за состояние своего здоровья.

\***С. истерический** – невротический синдром, характеризующийся наличием конверсионных и (или) диссоциативных расстройств на фоне специфических особенностей личности.

\***С. Капгра** - расстройство, характеризующееся нарушением узнавания, идентификации людей.

\***С. кататонический** – расстройство, характеризующееся сочетанием выраженных двигательных нарушений (в форме гипо-, гипер-, паракинезий) с разнообразными психопатологическими проявлениями.

\*- **люцидная кататония** – кататонический синдром без онейроидного помрачения сознания.

\*- **онейроидная кататония** – кататонический синдром, сочетающийся с онейроидным помрачением сознания.

\***С. Котара** – парафренный ипохондрический бред.

\*С. **лобный** – расстройство, характеризующееся преобладанием аффективных нарушений на фоне интеллектуально-мнестического снижения, аспонтанности ил расторможенности.

\*С. **маниакальный** – аффективный синдром, характеризующийся повышенным настроением, двигательной расторможенностью и ускорением мышления («маниакальная триада»).

\*С. **обсессивный** – невротический синдром, проявляющийся разнообразными навязчивостями (часто в сочетании с ритуалами) на фоне психастенических личностных особенностей.

\*С. **онейроидный («сновидное» помрачение сознания)** - форма помрачения сознания, характеризующаяся ауто- и аллопсихической дезориентировкой, наплывом псевдогаллюцинаций и фантастического содержания.

\*С. **параноидный** – расстройство, характеризующееся преобладанием первичного бреда преследования и (или) воздействия на фоне псевдогаллюцинаций фантастического содержания.

\*С. **паранойяльный** – расстройство, клиническая картина которого, практически, полностью исчерпывается первичным (интерпретативным) бредом.

- **острый вариант** – разновидность паранойяльного синдрома, при котором бред возникает как «озарение» и формируется на фоне выраженного аффективного напряжения (тревоги).

- **хронический вариант** – разновидность паранойяльного синдрома, с прогрессирующим развитием бреда.

\*С. **парафренный** - расстройство, проявляющееся нелепым бредом (преследования, воздействия, величия), разнообразными явлениями психического автоматизма, фантастическими конфабуляциями и эйфорией.

\*С. **психического автоматизма (Кандинского-Клерамбо)** – расстройство, характеризующееся разнообразными психическими автоматизмами в сочетании с бредовыми идеями (преследования, воздействия) и псевдогаллюцинациями.

\*С. **психоорганический** – расстройство, характеризующееся выраженным интеллектуальным снижением, недержанием аффекта и мнестическими нарушениями («триада Вальтер-Бюэля»).

- **апатический вариант** – разновидность синдрома с преобладанием явлений аспонтанности, сужения круга интересов, безразличия.

- **астенический вариант** – разновидность синдрома с преобладанием явлений психической и физической истощаемости.

- **локальный (диффузный) вариант** - разновидности синдрома, отличающиеся выраженностью расстройства и степенью сохранности «ядра личности».

- **острый (хронический) вариант** – разновидности синдрома, отличающиеся остротой развития и длительностью течения.

- **эйфорический вариант** - разновидность синдрома с преобладанием явлений благодушия, расторможенности влечений и резкого снижения критики.

- **всплозивный вариант** – разновидность синдрома с преобладанием психопатоподобных расстройств (крайней раздражительности, брутальности).

\*С. **сумеречного («концентрического») помрачения сознания** – форма помрачения сознания, характеризующаяся пароксизмальностью возникновения, автоматизмом действий, глубокой дезориентировкой и полной последующей амнезией.

\*С. **пуэрилизма** – разновидность психогенного (истерического) сумеречного помрачения сознания с «детским» поведением, речью, мимикой.

**\*С. эпилептиформный** - пароксизмальные (судорожные и бессудорожные) расстройства, развивающиеся при экзогенном или эндогенном органическом поражении мозга.

#### Литература:

1. Балабанова Л.М. Судебная психопатология.(вопросы определения нормы и отклонений) -Д.: Сталкер, 1998. –с. 74 -108.
2. Выготский Л.С. Динамика и структура личности подростка. Педология подростка. М., 1931.
3. Каплан Г., Сэдок Б. «Клиническая психиатрия» - перевод с англ., М. Гэотар медицина, 1999. С. 221-231, 269-288.
4. Ли С.П. «Судебная психиатрия» УМК, Минск, изд-во МИУ, 2006. С. 17-25.
5. Личко А.Е. Особенности саморазрушающего поведения при различных типах акцентуаций у подростков. Саморазрушающее поведение у подростков. – Л., 1991.
6. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. М., 1985., С.20-32
7. Мисюк М.Н. «Физиология поведения», УМК, изд-во МИУ, 2008. С. 179, 197, 209, 232, 244.
8. Морозов Г.В. «Судебная психиатрия». «Юридическая литература». Москва, 1978, с. 143-150.
9. Поливанова К.Н. Психологический анализ кризисов всестороннего развития. // Вопросы психологии, 1994 №1, С.61-69.
10. Психология индивидуальных различий. Текст под редакцией Ю.Б. Гиппенрейтер, В.Я. Романова. М.: изд-во МГУ, 1982. С. 262-269.
11. Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст: Проблемы становления личности. М., 1994. С.150-158.
12. Усова Е.Б. Психология социальных отклонений (девиаций). Мн., 2005. С.4-10.
13. Шаповаленко И.В. Возрастная психология. М., 2005. С.242-261.
14. Эльконин Д.Б. Избранные психологические труды. М., 1989. С.277, 72-75.

### 7. 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 толерантности идентификации и парафилии.

#### 1. Определение понятия психопатий

**Психопатии по МКБ-10 – это тяжелое нарушение характерологической конституции и поведенческих тенденций индивида, всегда сопровождающееся личностной и социальной дезадаптацией.**

Личностные расстройства обычно возникают в детском или подростковом возрасте и продолжают проявляться на протяжении всей жизни. В судебно-психиатрической практике принципы диагностики психопатий, определение их глубины и динамики имеют большое значение, так как в ряде случаев определяют экспертное решение.

**Психопатия – это стойкая аномалия личности, характеризующаяся дисгармонией эмоционально-волевой сферы и своеобразным, преимущественно аффективным мышлением.**