

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 процессах (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 продолговатого мозга.

3. Анатомия и физиология среднего 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 (истерический невроз, невроз навязчивых состояний, неврастения).
 - б) реактивные психозы (острые шоковые реактивные психозы, подострые реактивные психозы, предоподобные 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, токсикомании.

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 (аггравация, 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 суицидов.
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, интраперсональные).
12. Антисуицидальные факторы.

23. Иллюстративный материал.

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

25. Литература.

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

***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. 223-231, 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.

Психопатии – это стойкие врождённые или приобретённые расстройства личности при общей сохранности интеллекта, приводящие к нарушениям взаимоотношений с людьми и адаптации к окружающему миру.

Психопатией страдают от 2% до 15% людей, преобладают мужчины 3:1. Страдающие психопатиями пациенты составляют 5%, из всех пациентов, состоящих на учёте в психоневрологических диспансерах.

Психопатия означает дисгармонию психики, когда у человека чрезмерно выражены какие-то психические свойства в ущерб другим. Так довольно типичны эгоцентризм, притязания на собственную значимость при отсутствии соответствующих способностей, тревожность, неуверенность, подозрительность при одновременной недостаточно адекватной оценке реальной ситуации.

При психопатиях нарастают нарушения межличностных отношений, и развивается социальная дезадаптация, т. е. неспособность к нормальному сотрудничеству в рабочей коллективе, к жизни в общности.

Вместе с тем, психопатия – это не психическое заболевание, а некоторое промежуточное состояние, в неблагоприятных условиях способное перейти в психическую болезнь. При психопатии не бывает улучшения состояния или выздоровления. Нет также галлюцинаций, но возможны лёгкие иллюзии, иногда даже сенестопатии. Для психопатической личности особое значение приобретает его «Я», необычайно высокая оценка своей роли для учреждения, в котором он работает, для науки, которой он занимается, или для литературы, культуры, если он работает в этой области. Он не извлекает уроков из своих ошибок, поколебать его самомнение невозможно. Характерны очень сильные эмоциональные проявления – вспышки гнева, агрессии, скандальность или, наоборот, глубокие переживания по поводу собственной неполноценности, непонимания со стороны коллег, окружающих близких людей.

Психопатические личности сами создают конфликтные ситуации, усугубляющие их психическое состояние. Интеллект психопатической личности не страдает и может быть достаточно высок.

Психопатические особенности проявляются уже в детском, подростковом и юношеском возрасте и без значительных изменений сохраняются всю жизнь.

Они как бы «пронизывают» личность страдающего психопатией, определяют ее структуру и обычно в той или иной мере препятствуют полноценному приспособлению такого лица к окружающей среде, затрудняя адаптацию и определяя ее поведение. Формирование психопатий заканчивается к концу переходного периода.

Различают «первичные» психопатии, возникающие на основе врожденных или приобретённых в раннем детстве патологических свойств личности и «**краевые**» психопатии, или патологическое развитие личности, как результат неблагоприятного влияния факторов внешней среды.

Психопатические черты характера, формируясь в процессе развития личности, не сопровождаются психотической симптоматикой, присущей психическим заболеваниям.

С другой стороны психопатическую личность в отличие от акцентуированной личности нельзя считать и психически здоровой, так как она отличается особой выраженностью патологических черт характера, мешающих ей оптимально адаптироваться к окружающей обстановке.

2. Диагностические критерии патологии личности

Согласно новой классификации психических расстройств (МКБ-10) предложены следующие диагностические критерии патологии личности:

а) заметная дисгармония в личностных позициях и поведении, вовлекающая несколько сфер функционирования, эффективность, возбудимость, а также стиль отношения с другими людьми;

- б) хронический характер аномального стиля поведения;
- в) аномальный стиль поведения является всеобъемлющим, отчетливо нарушающим адаптацию к широкому диапазону личностных и социальных ситуаций;
- г) вышеупомянутые проявления всегда возникают с детства и продолжают свое существование в период зрелости;
- д) расстройство приводит к значительному личностному дистрессу, но это может стать стабильным только на поздних этапах течения болезни;
- е) расстройство может сопровождаться существенным ухудшением профессиональной и социальной продуктивности.

Наибольшее распространение имеют истерические и возбудимые психопатии, наименьшее – паранойяльные (параноидные расстройства личности по МКБ-10), остальные формы представлены приблизительно равномерно.

3. Виды психопатий

Различают следующие формы психопатий.

1. Возбудимые психопатии (эмоционально неустойчивые).
2. Истерические психопатии (истерические расстройства личности).
3. Психопатии шизоидного типа (шизоидное расстройство личности).
4. Паранойяльная психопатия (параноидные расстройства личности).
5. Астенические и психастенические типы психопатий (панкастное, обсессивно-компульсивное расстройство личности).

Возбудимые (эмоционально неустойчивые) психопатии отличаются эмоциональной постоянной напряженностью, раздражительностью, доходящей до приступов ярости. Обычно аффективное реагирование не соответствует поведению и силе раздражителя. Такие личности после аффективных разрядов сожалеют о случившемся конфликте, а затем при соответствующих обстоятельствах вновь становятся гневливыми и раздражительными.

Характерными для возбудимых психопатий являются - повышенная требовательность к поведению окружающих, крайний эгоизм, себялюбие, обидчивость и подозрительность. Эти личности не только склонны к конфликтам и неуживчивости, но и властолюбивы, упрямы, придирчивы по мелочам, требуют безапелляционного подчинения своему мнению, покорности, не терпят возражений. У них наблюдаются колебания настроения (дисфории) полярного типа, которые возникают спонтанно по незначительному поводу. В такие периоды они особенно гневливы и раздражительны, придирчивы к окружающим, создают конфликтные ситуации, а затем сами бурно реагируют на происходящие события. В некоторых случаях расстройства настроения сопровождаются устойчивым эмоциональным фоном, но всегда с оттенком гневливости и раздражительности.

Мышление возбудимых личностей подчинено аффекту, и поскольку они часто являются упорными спорщиками, вопреки логике настойчиво отстаивают свое мнение, в подростковом возрасте убегают из дома, бродяжничают. В силу своих личностных особенностей любят принимать участие в азартных играх, отрицательный опыт своих поступков не учитывают в последующем поведении. На высоте аффекта они становятся либо агрессивными, либо наносят себе повреждения. Чаще всего это неглубокие самопорезы, следы, от которых у них часто имеются на груди, животе и локтевых сгибах. Происхождение их они всегда объясняют реально бытовыми ситуациями. Данная форма психопатий обычно проявляется довольно рано (в позднем детском и подростковом возрасте), по мере старения такие личности становятся скупыми,

склонными к накопительству; у них появляются черты ханжества, злопамятности, излишняя жестокость и склонность к правдоискательству, к слезливости в сочетании со злопамятностью.

Психопатии истерического типа (истерические расстройства личности). Лица с данным психическим, расстройством постоянно стремятся быть в центре внимания, поэтому эмоционально оживлены, способны к подражанию, фантазированию, псевдологии. В ответ на неблагоприятные ситуации дают аффективные бурные реакции с рыданиями, выразительной жестикуляцией, "разыгрыванием" определенных сцен, которые заканчиваются нередко истерическими припадками, битьем посуды, угрозами самоубийства. Однако истинные суицидальные попытки у них редки и имеют место в тех случаях, когда не полностью оценивается ими реальная ситуация. Проявления истерических психопатий в одних случаях более сложные и характеризуются яркими полиморфными фантазиями, изменчивым представлением о реальной обстановке и своем месте в ней, появлением ярко окрашенных видений, в которых отражена психогенная ситуация.

В других случаях истерические расстройства бывают более простыми. У пациентов наблюдаются параличи (парезы), удушье (комок в горле), а также могут возникать слепота, глухота, нарушения походки (астазия – абазия), истерические припадки.

Все эти нарушения преходящи, возникают в психотравмирующих ситуациях и исчезают после разрешения последних. Однако истерические формы реагирования на ситуацию со временем закрепляются и в дальнейшем выступают в виде клише, определяющих особенности поведения.

Считается, что истерическая психопатия является женкой патологией личности. Однако исследования показали, что у мужчин данные расстройства личности встречаются довольно часто.

Психопатии шизоидного типа (шизоидное расстройство личности) характеризуются замкнутостью, скрытностью, внешней холодностью, оторванностью суждений от реального мира, причудливостью и парадоксальностью эмоциональной жизни. Эмоциональная дисгармония проявляется сочетанием повышенной чувствительности к одним сторонам жизни и эмоциональной холодностью к другим. Шизоидная личность патологически замкнута и отчуждена от людей, живет в мире своих фантазий и представлений о реальной жизни, своих собственных умозаключений и теоретических суждений. Внешне такие лица выглядят чужаками, странными, эксцентричными. Их аффективные реакции часто неожиданны и внешне кажутся неадекватными. У них нет сопереживания чужим бедам и неприятностям. Вместе с тем они часто оказываются интеллектуально одаренными личностями, склонными к нестандартным умозаключениям и логическим построениям, абстрактным и неожиданным выводам. Мир фантазий шизоидов также довольно богат, отвлечен от реальной жизни и обыденных событий. Это мир искусства, психологии, космических проблем. Внимание и эмоциональная избирательная окрашенность шизоидов направлены только на интересующие их вопросы, за пределами которых они рассеянны и проявляют полное отсутствие интересов. Внушаемость и легковерие в них сочетаются с упрямством и активностью в достижении цели. Моторные функции шизоидных личностей бедны. Они часто оказываются личностями элементарной бытовой приспособляемости и реализации своих потребностей, отличаются повышенной активностью и целенаправленностью в отстаивании своих целей и заключений.

Различают сенситивных и холодных шизоидов в зависимости от эмоциональных форм реагирования. «Сенситивный шизоид» отличается ранимостью, мнительностью, чувствительностью, склонностью относить происходящие в жизни события на свой счет. «Холодный шизоид» замкнут, живет в мире фантазий, лишен чувства сопереживания, робок, необщителен, склонен к сверхценным построениям.

Астенические и психастенические типы психопатий (ананкастное, обсессивно-компульсивное расстройство личности). Личности с данной патологией характеризуются неуверенностью в себе и своих поступках, склонностью к постоянному самоанализу и самоконтролю, повышенной ранимостью, робостью и сензитивностью. Их неуверенность в себе порой приобретает характер навязчивых сомнений и подозрений. Они постоянно проверяют завершенность своих действий; запертость дверей и шкафов, своевременность выполненной работы и ее качество, испытывают тревогу не опоздать на работу или на встречу со знакомыми. Психастеник всегда и во всем сомневается, ему трудно принять какое-либо решение, но если оно принято, опять возникают тревожные опасения в правильности его, возможности превратить это решение в жизнь, поэтому он постоянно занят размышлениями о сложившейся ситуации, всегда недоволен собой.

Этим лицам постоянно присуще чувство тревоги, по малейшему соматическому неблагополучию возникают ипохондрические переживания с переоценкой признаков расстройства здоровья. Вместе с тем при выполнении любой работы психастеник чрезвычайно тщателен, скрупулезен, обязателен и педантичен. В конфликтной ситуации такие личности робки, застенчивы, нерешительны. Однако при индивидуально психотравмирующих обстоятельствах могут давать выраженные аффективные реакции с гневливостью, агрессивностью, что выглядит как определенный диссонанс с основными личностными формами поведения.

Паранойяльные психопатии (параноидные расстройства личности) относятся к сложной форме личностной патологии. Основной чертой параноических психопатий является склонность к образованию сверхценных идей, оказывающих влияние на их поведение. Сверхценные идеи – это комплекс аффективно окрашенных представлений, возникший вследствие реальных обстоятельств. Он приобретает в сознании больных доминирующее, не соответствующее истинному значению место. Сложившейся форме психопатии этого типа свойственно наличие паранойяльного (сверхценного) бреда. Этот бред монотематичен (единая тематика), логически разработан. Содержание бреда обусловлено внешними психогенными обстоятельствами. Ему свойственна бредовая интерпретация реальных событий, выраженная эмоциональная окрашенность болезненных переживаний, при отсутствии критической оценки своего состояния и ситуации в целом.

Паранойяльные состояния возникают не спонтанно, а всегда под влиянием дополнительных экзогенных факторов. Наиболее часто таковыми экзогенными факторами оказываются психогении, реже – различные соматические заболевания. При этом всегда удается установить связь клинических проявлений паранойяльных синдромов с характером экзогенных воздействий.

Так, при протравмированном (затяжном) воздействии психогений паранойяльные состояния формируются медленно, сподвигаясь, с постепенным утяжелением и усложнением синдрома с медленным выявлением психопатических черт. И, наоборот, при остром и неожиданном воздействии психогенной ситуации паранойяльные состояния характеризуются относительной остротой клинических проявлений, выраженной психопатологической насыщенностью.

Формирование паранойяльной психопатии происходит постепенно, с нарастанием и углублением аномальных качеств личности, с постепенным утяжелением личностных структур и развитием стойких систематизированных, монотематических паранойяльных идей различного содержания. Со временем психогенные факторы перестают звучать в клинической картине, а высказывания больных приобретают характер сложившегося мировоззрения.

Судебно-психиатрическая оценка строится по общим принципам, однако имеет и свои особенности. Большинство лиц с таким диагнозом (92–93%) признаются вменяемыми, так как уровень их личностных

расстройств не исключает возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Сложности возникают в экспертной оценке при констатации глубоких психопатий с неблагоприятными формами динамики. В таких случаях экспертное решение может быть неоднозначным.

С учетом преобладающего нарушения волевых функций, у лиц с аномалиями личности, возможной блокадой интеллектуальных функций в экстремальных ситуациях (относительное слабоумие психопатов), частых и длительных состояний декомпенсаций и социальной дезадаптации - они могут быть признаны невменяемыми. Глубина и клиническая выраженность этих расстройств свидетельствуют о невозможности таких лиц осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. В таких случаях состояние психопатов подпадает под признак "иное болезненное состояние" медицинского критерия невменяемости.

Правонарушения, совершенные в состояниях декомпенсаций или психопатических реакций, могут быть расценены как деяния лица, обнаруживающего признаки "временного расстройства психической деятельности". Лица с паранойяльными расстройствами личности часто признаются невменяемыми.

Введение в законодательство института ограниченной вменяемости позволило индивидуально решать экспертные вопросы в отношении вменяемости психопатических личностей. Под понятие ограниченной вменяемости подпадают те лица, у которых уровень психических расстройств не исключает вменяемости, однако слабость волевых реакций в сочетании с психопатической мотивацией исключает возможность в полной мере осознавать фактический характер своих действий и руководить ими. Под действие данной статьи подпадают лица с параноидными расстройствами личности, переживания которых находятся на уровне сверхценных идей, без признаков социальной дезадаптации, психопатии астенического типа, а также шизоидные личности.

4. Нарушение контроля над побуждениями и расстройства адаптации

Определение.

Неспособность противостоять импульсивно возникающим желаниям совершать опасные для себя или для окружающих действия. При удовлетворении этих желаний возникает ощущение удовольствия. Эти расстройства подразделяются на 6 категорий.

1. **Перемена фаз экспанзивное расстройство.** Несколько эпизодов утраты контроля над своими агрессивными побуждениями, во время которых субъект совершает акты жестокого насилия или разрушает имущество. При этом степень агрессивности, которая проявляется во время этих эпизодов, непропорциональна обусловившим её психологическим стрессорам.
2. **Клептомания.** Неодолимое периодическое побуждение субъекта красть предметы, которые не нужны ему для личного пользования или материальная ценность которых для него не важна. При этом непосредственно перед совершением кражи возникает повышенное чувство напряжения, а после совершения кражи возникает чувство удовлетворения или облегчения. Кража не является актом гнева или мести, и не обусловлена бредом или галлюцинациями.

Патологическое влечение к азартным играм – устойчивое дезадаптивное поведение, связанное с участием в азартных играх, определяемое 5 или более из следующих симптомов:

- всепоглощающее увлечение азартными играми;
- потребность увеличивать размер ставки, чтобы достичь желаемого результата;
- повторные безуспешные попытки контролировать, ограничить своё участие в игре или отказаться от неё;
- беспокойство или раздражительность при попытке ограничить своё участие в игре или оставить её;

- игра как способ отвлечения от проблем или облегчения дисфории и других расстройств настроения (например, при ощущении собственной беспомощности, вины, при тревоге или депрессии);
- часто после проигрыша повторное участие в игре на следующий день с той же целью («погоня за выигрышем»);
- обман членов семьи, врача и др. для сокрытия степени увлечения азартными играми;
- преступные действия (подлог, кража, мошенничество) с целью получения денег на игру;
- риск потери или действительная потеря значимых социальных взаимоотношений, работы или возможности получить образование или профессию, социального роста вследствие увлечения азартными играми;
- надежда на денежную помощь со стороны, чтобы поправить критическое финансовое положение, к которому привело участие в играх.

4. Пиромания. Характеризуется наличием следующих симптомов:

- совершаемые неоднократно умышленные поджоги;
- перед совершением поджога возникает напряжение или аффективное возбуждение;
- возникает интерес, любопытство, зачарованность огнём и ситуациями с ним связанной (например, как горит имущество, какие будут потери и последствия);
- радость, удовлетворение, облегчение в процессе поджога или при наблюдении его последствий либо стремление находиться рядом;
- поджог совершается не ради материальной выгоды, не как выражение социального протеста, не для сокрытия преступной деятельности, улучшения условий жизни субъекта и не является следствием бреда или галлюцинаций, результатом нарушения интеллекта (например, при деменции, умственной отсталости).

5. Трихотилломания – характеризуется наличием следующих симптомов:

- повторяющиеся эпизоды выдёргивания у себя волос и как результат этого значительная их потеря (частичное облысение);
- усиление внутреннего напряжения непосредственно перед выдёргиванием волос или при попытке воспротивиться сделать это;
- чувство удовлетворения или облегчения при выдёргивании волос.

6. Нарушение контроля над импульсами неуточнённое.

Эти расстройства в отечественной психиатрии относят к категории импульсивных влечений и импульсивных действий. Рассматривают как неодолимые влечения к достижению цели, неадекватной реальной ситуации, выполняемые без борьбы мотивов. Возникающее в этих случаях побуждение без препятствий реализуется. К этой категории относятся:

- **пиромания** (бродяжничество) – импульсивное влечение к перемене мест;
- **лифтомания** – непреодолимое влечение к обману (патологическая лживость);
- **копролалия** – импульсивное произнесение бранных слов, нецензурных выражений;
- **диасомания** – непреодолимое влечение к интенсивному пьянству с тяжёлыми алкогольными эксцессами, без признаков зависимости.

5. Расстройства половой идентификации и парафилии

Понятия «идентичность» и «идентификация» с клинической точки зрения не тождественны. Если идентичность – состояние, то идентификация – процесс, механизм формирования и поддержания стабильности идентичности.

Половая идентичность определяется как единство поведения и самосознания индивида, причисляющего себя к определённому полу и ориентирующегося на требования соответствующей половой роли. **Под половой ролью понимается** модель поведения, которую должен усвоить и которой должен соответствовать индивид, чтобы его признали мужчиной или женщиной. Половая идентичность – субъективное переживание половой роли, а половая роль – публичное выражение половой идентичности.

Определение.

Устойчивое чувство дискомфорта, связанное со своей половой принадлежностью, или чувство неуместности своей половой роли.

Половая идентификация (идентичность) – представляет собой психологическое состояние, которое отражает внутренне ощущение своей принадлежности к мужскому или женскому полу.

Половая роль - человека является публичным выражением его половой идентификации.

Пол (или биологический пол) – это чисто анатомические и физиологические характеристики, которые определяют человека как мужчину и женщину, например пенис или вагина.

Однако главным фактором, определяющим поведение индивида - является **психический пол**, под которым понимается совокупность характеристик психической деятельности и поведения индивида, которые в субъективной и объективной интерпретации могут быть отнесены к признакам пола.

Сексуальная ориентация означает стремление иметь половую связь с представителями определённого пола (мужчинами или женщинами), например, гомосексуальная, гетеросексуальная, бисексуальная ориентация.

Транссексуализм - выражает устойчивое желание избавиться от своих первичных и вторичных половых признаков, приобрести половые признаки противоположного пола и жить и восприниматься как лицо противоположного пола. В детстве у большинства транссексуалов наблюдались расстройства половой идентификации, как правило, отмечался трансвестизм (переодевание в одежду противоположного пола для временного переживания принадлежности к этому полу). Возможны другие психические расстройства, особенно пограничное расстройство личности или депрессивное расстройство; существует риск самоубийства; пациенты могут сами изуродовать свои половые органы, чтобы принудить хирургов сделать им операцию по изменению пола.

Парафилии

Данные расстройства проявляются необычными, так называемыми девиантными, странными сексуальными влечениями, фантазиями или действиями. Парафилии чаще встречаются у мужчин. Этиология неизвестна. У пациентов может существовать биологическая предрасположенность (изменения ЭЭГ, уровни гормонов). Большую роль играют психологические факторы, например, физическое насилие в детстве.

Согласно психоаналитической теории, парафилии обусловлены фиксацией человека на одной из стадий психосексуального развития или стремлением защититься от страха перед кастрацией.

Согласно теории обучения, если впервые сексуальное возбуждение происходит в детстве при странных обстоятельствах, то впоследствии образуется условный рефлекс, и сексуальное возбуждение будет возникать каждый раз в подобных обстоятельствах.

Действия пациентов с парафилией часто не зависят от их воли. Пациенты постоянно проявляют своё аномальное поведение и неспособны контролировать свои побуждения. Во время стресса, тревоги или депрессии патологическое поведение пациента усугубляется. Пациент может неоднократно принимать

решения отказаться от своих привычек, но обычно не может совладать с собой достаточно долго, и срывы сменяются глубоким чувством вины.

Экзгибиционизм – обнажение своих половых органов перед незнакомым и не ожидающим этого лицом; у женщин встречается редко. Экзгибиционист стремится шокировать женщину – её реакция служит для него подтверждением, что он потенциально способен к совокуплению.

Фетишизм – половое возбуждение возникает при созерцании неодушевлённых предметов, например обуви, волос, предметов одежды. Почти всегда наблюдается у мужчин. За подобным поведением часто следует чувство вины.

Фроттеризм – половое возбуждение и удовлетворение достигаются трением пениса о верхнюю одежду женщины. Наблюдается в людных местах, в транспорте. Обычно встречается у пассивных, неуверенных в себе мужчин.

Педофилия – половое влечение к детям, не достигшим 13 лет; наиболее часто встречающаяся парафилия. 95% педофилов гетеросексуальны, 5% гомосексуальны. Высокий риск повторения этих действий и боязнь нормальной половой жизни; низкая самооценка. 1-2% детей в возрасте до 18 лет подвергались домогательствам со стороны взрослых.

Мазохизм – сексуальное возбуждение при грубом физическом и психическом воздействии или унижении (моральный мазохизм) со стороны партнёра. Защита от чувства вины, связанного с сексом, – наказание, направленное против самого себя.

Садизм – сексуальное возбуждение вследствие причинения психических или физических страданий другому человеку. Наблюдается преимущественно у мужчин. Расстройство названо по имени маркиза де Сада. В некоторых случаях садисты способны совершать изнасилования.

Фетишистский трансвестизм – надевание одежды противоположного пола для того, чтобы добиться сексуального возбуждения. Наиболее часто используется для того, чтобы вызвать гетеросексуальное возбуждение. Чаще мужчина надевает предметы женской одежды. Не путать с транссексуализмом – желанием изменить свой пол.

Вуайеризм – сексуальное возбуждение во время созерцания обнажённых или совершающих половой акт людей, возможен у женщин, но чаще встречается у мужчин. Разновидностью вуайеризма является прослушивание телефонных разговоров на эротические темы, например, секс по телефону. Акт вуайеризма обычно приводит к мастурбации или сопровождается ею. Вуайеристов часто задерживают, когда они начинают проявлять своё любопытство в неподходящих местах.

Прочие парафилии.

Калотропные парафилии – сексуальное возбуждение при манипулировании каловыми массами (калопрофилия) или его мочой (урофилия).

Зоофилия (содомия) – половые сношения с животными. Наиболее часто встречается в сельской местности; парафилия возможна при отсутствии условий для нормальных половых сношений.

Некрофилия – совершение полового акта с умершими людьми.

Сексуальные извращения могут наблюдаться не только у психопатических личностей, но и у психически больных людей, а также у психически здоровых лиц.

В отношении психопатических личностей реабилитационно - оздоровительные мероприятия заключаются не столько в медикаментозном и ином лечении, сколько в мерах воспитательного характера, направленных на нивелирование психопатических черт и их устранение, если они уже имеются. Важнейшими из предупредительных мероприятий являются правильное воспитание ребенка (подростка,

юноши), создание благоприятной среды, приобщение к систематическому труду, воспитание здоровой волевой направленности. Дисциплинирующая обстановка и правильное отношение окружающих может оказать благотворное влияние на психопатическую личность и его поведение. Вместе с тем, всякого рода ничем не оправдываемые снисхождения и поблажки или, наоборот, жестокие и несправедливые наказания, еще больше укрепляют психопатические черты, делая их привычной формой поведения.

Литература:

1. «Клиническая психиатрия» Руководство для врачей и студентов. Каплан Г. Перевод с англ. М., 1999. С. 214-223, 243-244, 269-289.
2. «Психиатрия» под ред. Кирпиченко А.А. Минск. 1984. С. 216-224.
3. «Судебная медицина и судебная психиатрия». Учебник для вузов под ред. Макунова В.С. Живодёрова Н.Н., 2000. С.186-190.

8. 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.

1. Определение понятия олигофрении

Олигофрении (oligos – малый, phren – ум, разум, что в переводе с греч. малоумие) – это группа различных по этиологии и патогенезу прогрессивных болезненных состояний психики, связанных с **нарушением онтогенеза**, общим признаком которых является наличие врожденной или приобретенной в раннем детском возрасте (до трех лет) общей психической неполноценности с преимущественной недостаточностью интеллектуальных функций и отсутствием прогрессивности, т.е. прогрессирующего нарастания дефекта личности. У таких лиц первоначально нарушены восприятие, мышление, память, речь, эмоции и др.

Характерной особенностью олигофрении является то, что присущие для них психические расстройства возникают в результате снижения интеллекта и иных функций психики, как это наблюдается при всех других психических заболеваниях, а представляют собой их изначальное недоразвитие.

Олигофрениками не являются малоодаренные дети и дети с временной задержкой развития в связи с истинными заболеваниями или вследствие неблагоприятных условий среды и воспитания (социальная и педагогическая запущенность, эмоциональная депривация).

2. Диагностические критерии и признаки олигофрений

Во многих странах олигофрения объединяется с различными формами рано возникшей деменции и задержками психического развития под обобщающим названием «умственная отсталость». Основным диагностическим критерием умственной отсталости считается количественная оценка интеллекта по стандартным психологическим тестам (интеллектуальный коэффициент – IQ). В 15 докладе Комитета