

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 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...»\*

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. Шаукова 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 прогрессирующих 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



экспертов ВОЗ по психогигиене (1967) указаны следующие критерии: легкая умственная отсталость – IQ = 50-70; средней тяжести – IQ = 35-50; глубокая - IQ меньше 20.

#### Основными признаками олигофрении являются:

- 1) психическое недоразвитие с преобладанием интеллектуальной недостаточности (слабоумие тотально) и относительно менее грубым недоразвитием эмоциональной сферы;
- 2) непрогредиентность интеллектуальной недостаточности;
- 3) замедленный темп психического, а часто и физического развития индивида.

Клинические проявления олигофрении многообразны, что связано с разнообразием клинических форм и различной степенью психического недоразвития. Несмотря на это, все они обладают общими признаками, позволяющими объединить все формы патологии в единую группу.

Отличительной особенностью олигофрении является **наличие тотального психического недоразвития**, что проявляется не только в нарушении познавательной, интеллектуальной деятельности, но и в мышлении, восприятии, речи, моторики, эмоционально-волевой сфере. Наряду с этим отмечается слабость активного, целенаправленного внимания. Значительно снижена память, особенно страдает высший ее уровень – логическое и опосредованное запоминание, в то время как механическая память может быть сохранена и даже гипертрофированно развита.

Существенное место в структуре психического недоразвития занимают **нарушения развития речи**. Речь формируется с запозданием, часто фонетически искажена, нарушен ее грамматический строй, фразы бедны, односложны.

Волевая сфера характеризуется слабостью побуждений и инициативы, отсутствием или недостаточной самостоятельностью. Поступки отличаются импульсивностью, необдуманностью, нецеленаправленностью. Отсутствует борьба мотивов, часто наблюдается неадаптивизм.

У олигофренов имеются признаки общего физического недоразвития. Это проявляется диспропорциональностью туловища и конечностей, искривлением позвоночника, церебрально-эндокринной недостаточностью, недоразвитием половых органов, нарушением темпов и сроков полового созревания. Так, конечности у них несоразмерной длины, череп нередко неправильного строения, голова или слишком маленькая (микроцефалия), или очень большая (макроцефалия), чаще всего в результате нарушения внутричерепного давления или давления мозга.

### 3. Эпидемиологическая справка

Умственная отсталость широко распространена во всём мире (1-3% населения). Приблизительно 75% лиц, отнесённых к умственно отсталым личностям, имеют лёгкую отсталость IQ>50. Остальные, т.е. те у которых IQ<50, составляют приблизительно 4 на 1000 населения 10-14 лет. В последние годы отмечается некоторое увеличение количества умственно отсталых пациентов. Это объясняется ростом общей продолжительности жизни, а также большей выживаемостью детей с пороками развития и дефектами ЦНС благодаря успехам медицины. Имеет значение и более точный учёт олигофренов во многих странах.

**Этиология.** Этиологические факторы олигофрений, в зависимости от времени воздействия патогенного агента, принято делить на три основные группы:

- 1) наследственные факторы, в том числе связанные с повреждением генеративных клеток;
- 2) внутриутробные факторы, действующие на зародыш и плод;
- 3) перинатальные факторы и факторы первых 3 лет жизни.

Несмотря на несомненные достижения в исследованиях этиологии умственной отсталости, во многих случаях она остаётся неизвестной (от 50 до 90%). Олигофрению с неясной этиологией и неясной

клинической картиной условно относят к «недифференцированной», в отличие от «дифференцированной», при которой известна этиология или достаточно изучена клиническая картина.

#### 4. Классификация олигофрений, клиническая картина

Степень выраженности олигофрении может быть различной. По степени умственной недостаточности у пациентов **олигофрения подразделяется на три группы: дебильность, имбецильность, идиотия.**

**Идиотия** – наиболее выраженная форма врожденного умственного слабоумия ( $IQ < 20$ ). У больных либо нет реакции на обычные раздражители, либо она неадекватна.

С раннего детства отмечается выраженное отставание больных в психическом и физическом развитии. Большинство больных идиотией страдают гипокинезией - они неподвижны или резко ограничены в подвижности. Выражение лица обычно бессмысленное, речь не формируется. Рот открыт, иногда течёт слюна, взгляд не фиксируется на объектах и лицах, они могут издавать только нечленораздельные звуки, отдельные слоги. Предоставленные самим себе, они остаются неподвижными или впадают в бессмысленное непрерывное возбуждение с однообразными движениями, автоматическим раскачиванием, стереотипным размахиванием руками, хлопанием в ладоши и т.п. Обращенную к ним речь не понимают, с ними возможны лишь самые примитивные формы общения.

Навыки самообслуживания и опрятности не формируются или сопровождаются недержанием мочи и кала. Поведение внешне немотивированное. Дети, страдающие идиотией, не могут жевать и проглатывают пищу непрожёванной, могут питаться только жидкой пищей. Не отличают родных людей от посторонних.

Эмоции элементарны и связаны только с удовольствием или неудовольствием, что выражается самым примитивным образом в виде возбуждения или крика. Очень легко возникает аффект злобы, проявляющийся в слепой ярости и агрессивных тенденциях, нередко направленных на себя (кусают, царапают себя, наносят себе удары, бьются головой о стену). Часто больные олигофренией поедают нечистоты, жуют и сосут всё, что попадает под руку, упорно мастурбируют. Глубокому недоразвитию психики нередко соответствуют грубые дефекты физического развития.

Больные идиотией дети не способны заботиться о своих основных потребностях и нуждаются в постоянной помощи и надзоре.

**Имбецильность** – средняя степень слабоумия,  $IQ = 20-50$ . У больных этой группы медленно развиваются понимание и использование речи, а окончательное развитие в этой области ограничено. Отстает развитие навыков самообслуживания и моторики, некоторые больные нуждаются в надзоре на протяжении всей жизни. Только часть больных с имбецильностью осваивают основные навыки, необходимые для чтения, письма и счета. При умеренной умственной отсталости интеллект не развит в достаточной степени. Больные не могут усваивать систему морально-нравственных запретов и основные формы социально значимого поведения. Они не способны к самостоятельной семейной, общественной и трудовой деятельности. Вместе с тем, имбецилы могут освоить элементарные житейские навыки, следить за собой и своей одеждой, научиться простой механической работе (носить воду, полоть огород), которую выполняют под присмотром других.

При этом отмечают крайнюю несамостоятельность, плохая переключаемость. Эмоции бедны, однообразны все психические процессы тугоподвижны и инертны. На перемену обстановки они дают негативную своеобразную реакцию. В то же время личность их более развита, чем при идиотии – они обидчивы, стесняются своих недостатков, адекватно реагируют на порицание или похвалу. Не обладая инициативой и самостоятельностью, лица с имбецильностью легко теряются в непривычных условиях и

нуждаются в постоянном надзоре и опеке. Следует учитывать также повышенную внушаемость пациентов, страдающих имбецильностью и склонность к слепому подражанию.

В соответствии с МКБ-9 имбецильность подразделяется:

- на резко выраженную умственную отсталость (IQ = 20-34);
- и умственную отсталость средней степени тяжести (IQ = 35-49).

**Дебильность – легкая степень умственной отсталости.** IQ = 50-70. Больные этой группы олигофреники, хотя и приобретают речевые навыки с задержкой, способны использовать речь в различных целях, участвовать в клиническом расспросе. Они могут учиться и в нормальной школе, но чаще от плохих учителей нередко оставляют школу после двух-трех лет обучения. Способны усвоить трудовые навыки простого характера. Основные затруднения обычно наблюдаются при повышении требований социальной среды, необходимости освоить чтение и письмо, ориентации в символической среде, "сложненной" контекстами, значениями и ценностями. Лица с легкой умственной отсталостью справляются с требованиями, связанными с семейной жизнью, воспитанием детей или с адаптацией к культурным традициям и нормам. Они повышенно внушаемы, склонны к подражанию, что в отдельных случаях может использоваться другими лицами в целях совершения преступления.

### 5. Группы и формы олигофреники

(установленные по этиологическому признаку)

**Первая группа.** Олигофреники, обусловленные наследственными факторами.

1. Истинная микроцефалия.
2. Дизостотические формы – синдром Крузона, синдром Алера и др.
3. Ксеродермические формы – синдром Рада.
4. Энзимопатические формы, обусловленные нарушениями белкового, углеводного, липидного и других видов обмена – фенилкетонурия, галактоземия, гаргоилизм, синдром Морфана и др.
5. Болезнь Лоуренса-Муна-Барда-Бидля и другие редкие наследственные заболевания.
6. Олигофреники, обусловленные хромосомными aberrациями – болезнь Дауна, синдром Шерешевского-Тернера, синдром Клайнфельтера и др.
7. Олигофреники, вызванные мутагенным повреждением генеративных клеток родителей (ионизирующая радиация, химические агенты и др.).

**Вторая группа.** Олигофреники, вызванные внутриутробным поражением зародыша и плода (эмбрио- и фетопатии). К ним относятся следующие формы олигофреники.

1. Бактериальными инфекциями, например, краснухой беременных – рубеолярная эмбриопатия.
2. Врожденным сифилисом, токсоплазмозом, листериозом и другими инфекциями.
3. Гормональными нарушениями и другими эндогенными и экзогенными токсическими факторами.

**Третья группа.** Олигофреники, обусловленные вредными факторами перинатального периода и первых 3 лет жизни. К ним относятся следующие формы олигофреники.

1. Обусловленные иммунологической несовместимостью крови матери и плода, например, конфликтом по резус-фактору.
2. Олигофреники, вызванные асфиксией плода и новорожденного, а также родовой травмой.
3. Олигофреники, вызванные перенесенными в раннем детстве инфекциями и черепно-мозговыми травмами.

4. Атипичные олигофрении, вызванные врождённой гидроцефалией, краниостенозом, сочетающиеся с детским церебральным параличом, с преимущественным недоразвитием отдельных участков головного мозга и тяжёлыми нарушениями сенсорных функций.

#### 6. Отдельные формы олигофрений

**Истинная (первичная), наследственно обусловленная, микроцефалия** – встречается довольно редко. Помимо малых размеров черепа, существуют диспропорции между небольшим черепом и нормальным ростом. Отмечаются, резкое недоразвитие мозговой части черепа относительно лицевого его части, чрезмерное развитие надбровных дуг, вытянутая форма головы. Интеллектуальная недостаточность обычно соответствует идиотии или глубокой имбецильности. Несмотря на глубокое слабоумие, отмечаются эмоциональная живость, повышенная подражательность и внушаемость. Микроцефалии эмоционально неустойчивы и подвержены аффекту гнева.

**Ложная (вторичная), церебропатическая микроцефалия.** Эта форма олигофрении обусловлена внутриутробным поражением зародыша или плода. Наряду с признаками недоразвития часто отмечаются очаговые неврологические симптомы и судорожные припадки. Деформация черепа более грубая, чем при истинной микроцефалии и сочетается с диспластичным телосложением, значительно отстаёт рост и вес тела.

Слабоумие более тяжёлое, больные вялы, апатичны, угрюмы. Чёткой грани между истинной и ложной микроцефалией нет.

**Синдром Рада** – редкая аномалия, сочетание ихтиоза с олигофренией. Наследуется по рецессивному типу. Кожа покрыта легко отходящими сухими чешуйками, напоминающими рыбу чешую. При тяжёлых формах ихтиоза дети быстро умирают. Психическое недоразвитие часто сопровождается судорожными припадками. Существуют формы ихтиоза без слабоумия и других психических расстройств.

**Фенилкетонурия (фенилпировалографная олигофрения)** связана с нарушением межучного обмена фенилаланина. Наследуется по рецессивному типу. Слабоумие сочетается с депигментацией (от альбинизма до светлых волос и радужной оболочки глаз). Приблизительно у 30% больных этим недугом наблюдаются судорожные припадки. Слабо развита мозговая часть черепа. У некоторых больных есть эпикант, гипертелоризм; иногда от них исходит своеобразный «мышинный» запах или «запах волка». Отмечается питекоидная поза и мелкая походка, движения плохо координированы, с обилием стереотипий, атетоидных и хореоподобных гиперкинезов. Мышечный тонус изменён. Резко выражено слабоумие. Признаки психического недоразвития определяются ещё в грудном возрасте. На протяжении первого года жизни возможна тенденция к прогрессированию слабоумия, после 4-8 лет – состояние стабилизируется.

**Галактоземия.** Заболевание связано с нарушением обмена метионина. Наследуется по рецессивному типу; сопровождается задержкой психомоторного развития, судорогами, мышечной слабостью или спастичностью. Типичны глазные симптомы – эктопия хрусталика, катаракта, дегенерация сетчатки и др., покраснение кожи в области скуловых дуг.

**Галактоземия, фруктозурия, сукрозурия** - относятся к энзимопатиям углеводного обмена. Наследуются по рецессивному типу. В клинической картине наблюдаются поносы, гипотрофия и другие тяжёлые соматические расстройства, приводящие в большинстве случаев к смерти. Психическое недоразвитие сильно выражено, сопровождается значительной вялостью, а иногда и судорожными припадками.

**Энзимопатии, связанные с нарушением липидного обмена.** Эти заболевания сопровождаются, как правило, прогрессирующим слабоумием (например, амавротическая семейная идиотия, болезнь Нимана-Пика). К олигофрениям эти формы не относятся (упоминаются с учётом дифференциальной диагностики).

**Гаргоилизм (мукополисахаридоз, множественный дизостоз)** – обусловлен, как полагают, накоплением мукополисахаридов в клетках ретикулоэндотелия в печени, селезёнке и костей. Нармчено энхондральное и периостальное окостенение. В первые годы жизни медленно нарастает слабоумие, что связано с поражением клеток головного мозга продуктами нарушенного обмена.

**Арахнодактилия (синдром Морфана)** – это редко встречающееся заболевание наследственной обусловленная аномалия развития. Передается по доминантному типу. Характерен внешний облик больных: высокий рост, худоба, удлинённые и тонкие конечности, «паучьи» пальцы рук (что послужило основанием для обозначения этой аномалии). Аномалии развития скелета сочетаются с пороками сердечно-сосудистой системы и глаз. Слабоумие – от глубокого до самого лёгкого: интеллектуальной отсталости вообще нет. В основе патогенеза заболевания лежат нарушения строения коллагена эластических волокон и, связанные с этим поражения соединительной ткани.

**Болезнь Лоренса-Муна-Барде-Бидля.** Редкая разновидность наследственной олигофрении с 5 основными симптомами. Это гипогенитализм, ожирение, глазные расстройства (пигментный ретинит, атрофия зрительных нервов), синдактилия или полидактилия с психическим недоразвитием, достигающим значительной степени.

**Болезнь Дауна** – относится к олигофрениям, обусловленным хромосомными аномалиями, связана с лишней 21 хромосомой. Частота заболевания от 1:600 до 1:900. Установлено, чем старше мать, тем больше риск появления ребёнка с болезнью Дауна.

Дети имеют небольшой рост, короткие конечности в сравнении с длиной туловища и короткие пальцы (большой палец расположен низко мизинца искривлён). Небольшой череп с уплощенной переносицей, неправильно растущие кариозные зубы, высокое нёбо. Язык толстый, с грубыми поперечными бороздами (мошоночный язык). Уши маленькие, деформированные. Волосы на голове сухие, редкие. Кожа шероховатая, на щеках румянца. У новорожденных на радужных оболочках глаз участки депигментации, которые позже принимают вид светлых полосок. Большое значение для распознавания имеют атипично расположенные складки на ладонях, изменение дактилоскопического узора. Половые органы и вторичные половые признаки недоразвиты. Наблюдаются врождённые пороки сердца, общая гипотония мышц и своеобразная походка с шаркающими движениями.

Лицо маловыразительное, тупое, рот полуоткрыт. Умственная отсталость в 75% случаев достигает имбецильности, в 20% – идиотии, и только в 5% - дебильности. Больные отличаются повышенной внушаемостью, раздражительностью. Однако в сравнении с глубиной интеллектуального дефекта эмоциональная сфера представляется относительно сохранной.

**Синдром Шершевского-Тернера** присущ только лицам женского пола. Обусловлен недостатком одной X-хромосомы (формула кариотипа 45 X0). Больным свойственны половой инфантилизм, дисплазии, малый рост, короткая широкая шея с характерной крыловидной кожной складкой от сосцевидного отростка височной кости до акромиального отростка лопатки. Уши низко расположенные, деформированные. Нередки пороки сердечно-сосудистой системы, Умственная отсталость отмечается не всегда и бывает нерезкой.

**Синдром Клайнфелтера** - присущ только лицам мужского пола, обусловлен увеличением общего числа хромосом (47, 48 и больше), из-за лишней X-хромосомы (формула кариотипа 47XXY). В клинической

картине присутствуют гипогенитализм и признаки смешанного пола. Яички недоразвиты или атрофичны. Слабо выражены вторичные половые признаки. Больные имеют высокий рост, во многих случаях гинекомастию или бесплодие.

**Синдром дубль-Y (XYU)**, встречается только у мужчин и связан с лишней Y-хромосомой. Для пациентов характерно: сочетание высокого роста с евнухоидными пропорциями, а также агрессивное поведение. Психическое недоразвитие выражено мало, отмечается приблизительно у 80% больных.

**Рубеолярная олигофрения.** Наиболее изученная вирусная эмбриопатия, связана с поражением зародыша вирусом краснухи от болеющей матери. Вероятность поражения эмбриона плода зависит от сроков беременности (чаще 5-9 недель). Слабоумие сочетается с типичной триадой симптомов: пороки развития глаз, сердечно-сосудистой системы и слухового аппарата. Нередки дефекты зубов, общее физическое недоразвитие, пороки развития скелета и мочеполовых органов. Психическое недоразвитие больных обычно бывает очень глубоким, сопровождается возбуждением, импульсивностью.

**Олигофрения, обусловленная врождённым сифилисом**, чаще возникает вследствие специфического поражения плода (фетопатия). Симптоматика врождённого сифилиса складывается из остаточных явлений перенесенного плодом специфического процесса и олигофрении. Признаки слабоумия проявляются очень рано, выражены в различной степени. Помимо психического недоразвития, возможны эпилептиформный, психопатоподобный и астенический синдромы. Обязательны резильентные неврологические симптомы (прежде всего зрачковые), часты признаки специфического поражения органов чувств (кератиты, отиты, риниты), внутренних органов и костей. Характерны различные дисплазии – деформация черепа, изменения формы зубов, высокое нёбо, седловидные нос, искривление конечностей (саблевидная голень).

**Олигофрения, вызванная токсоплазмозом**, проявляется, в основном, как аномалия развития. Может быть следствием внутриутробного или перинатального воспалительного процесса, касающегося, прежде всего, головного мозга и глаз. Слабоумие сочетается с триадой симптомов: глазные нарушения, внутримозговые обызвествления, гидроцефалия (или микроцефалия) и судорожные припадки. Отмечается деформация черепа, асимметрия лицевого скелета, неправильное строение ушей, нёба, зубов и другие пороки. Возможно поражение внутренних органов. Судорожные припадки возникают сериями. Психическое недоразвитие достигает глубокой имбецильности, идиотии. Нередко эпилептиформный, психопатоподобный и астенический синдромы.

**Олигофрения, обусловленная листериозом.** Обычно заболевание связано с внутриутробным поражением плода или (гораздо реже) с поражением головного мозга ребёнка в раннем постнатальном периоде. Психическое недоразвитие при этом бывает очень глубоким, сочетается с признаками органического поражения ЦНС.

**Гипотиреоидная олигофрения (кретинизм)** – выраженный врождённый или рано возникший гипотиреоз, самая частая из всех форм слабоумия, обусловленного эндокринными нарушениями. Различают **эндемический кретинизм** – врождённый гипотиреоз, возникший внутриутробно, вследствие недостаточного содержания йода в питьевой воде, и **спорадический кретинизм** (наблюдается в любой местности), вызванный наследственным дефектом синтеза гормонов щитовидной железы.

Клинические проявления эндемического кретинизма и врождённой микседемы (слизистого отёка) зависят от недостатка тиреоидина.

Основные признаки кретинизма – задержка физического и психического развития и слизистый отёк – микседема. Психическое недоразвитие от лёгкой степени до тяжёлой идиотии тем выраженнее, чем раньше возник гипотиреоз, и чем дольше продолжалось его влияние на развитие больного, особенно без

специфической терапии. Дефицит тиреоидина значительно меняет клиническую картину олигофрении. В первую очередь, привнося в неё симптомы эндокринного психосиндрома (расстройство влечений, ослабление побуждений, расстройства настроения).

Брахицефалия, низкий лоб, широкая запавшая переносица с коротким носом, неправильное развитие зубов, деформация ушей, толстые губы, большой, не помещающийся во рту язык, редкие сухие волосы, глухой низкий голос определяют внешний облик больных.

**Олигофрения, обусловленная гемолитической болезнью новорожденных.** Возникает при иммунологической несовместимости крови матери и плода, чаще по резус-фактору. В результате происходит гемолиз эритроцитов новорожденного и развивается гипербилирубинемия, приводящая к поражению базальных ганглиев и коры головного мозга («ядерная» желтуха или билирубиновая энцефалопатия). Триада симптомов: экстрапирамидные двигательные нарушения (главным образом, атетоз), тугоухость и признаки слабоумия. Интеллект колеблется от нормального уровня до выраженной отсталости; глубокое слабоумие наблюдается редко.

**Олигофрении, обусловленные ранними постнатальными инфекциями и травмами,** имеют ряд общих особенностей. Отсутствуют характерные для врождённых форм диспластичность телосложения и пороки развития отдельных органов. В связи с органическим повреждением чаще образуются резидуальные неврологические симптомы, дизэнцефальные и гипертонические явления. Психическое недоразвитие сочетается с симптомами органической деменции. Отличаются психопатоподобный или эпилептиформный синдром, стойкое снижение работоспособности.

**Олигофрения, вызванная гидроцефалией,** наблюдается только при тяжёлой водянке мозга. Слабоумие колеблется от лёгкой дебильности до идиотии. Речь развита гораздо лучше, чем мышление. Они болтливы, эйфоричны, благодушны, лишь некоторые раздражительны и угрюмы, склонны к аффективным вспышкам. Нередко бывают судорожные припадки. Физические признаки врождённой гидроцефалии очень типичны. Большой череп с выпуклым лбом и утолщёнными орбитами, треугольное лицо – маленькое, в сравнении с большим черепом. Роднички долго не зарастают и сильно выбухают. Кожа на голове тонкая, с просвечивающим усиленным венечным рисунком. Присутствуют парезы, параличи конечностей атрофии зрительных нервов, повреждение слуха и вестибулярного аппарата.

**Лечебно-профилактическую помощь** больные олигофренией получают в психоневрологических кабинетах детских поликлиник, психоневрологических диспансерах и психиатрических больницах, а также в общих лечебно-профилактических учреждениях. Юридическая защита прав и интересов умственно отсталых больных обеспечивается общим и специальным законодательством.

**Трудовая экспертиза** связана с реабилитацией олигофренов. Определение группы инвалидности и меры социального обеспечения зависят от степени психического недоразвития и формы олигофрении (специализированные дома инвалидов, патронаж, пенсионное обеспечение, лечебно-трудовые мастерские, трудовое устройство и т.д.).

Под влиянием воспитательных мер и приобщения к трудовой деятельности возможно даже улучшение умственных способностей олигофрена.

## 7. Судебно-психиатрическая оценка

Лица с идиотией и имбецильностью крайне редко направляются на судебно-психиатрическую экспертизу на предмет решения вопроса об их вменяемости, так как безынициативны, не способны к самостоятельной организации своего поведения, находятся под постоянным надзором и не совершают общественно опасных деяний. Чаще всего, они, в силу их пассивной подчиняемости и внушаемости, являются объектами

сексуальных посягательств и поэтому направляются на судебно-психиатрическую экспертизу на предмет определения их способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания.

Эти лица неспособны понимать противоправность и наказуемость тех или иных деяний, давать оценку юридически значимым ситуациям. Они невменяемы, недееспособны и не могут правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания.

Лица с легкой умственной отсталостью (дебильность) способны сознательно регулировать свое поведение в юридически значимых ситуациях, могут предвидеть последствия своих поступков. Это основной аргумент в пользу признания таких лиц вменяемыми. В некоторых случаях, при правонарушениях, требующих разного объема осмысления их противоправного характера, возможно заключение о вменяемости в отношении одного общественно опасного деяния и невменяемости в отношении другого. Аналогичным образом дебилность не мешает субъекту своими действиями приобретать для себя гражданские права и исполнять обязанности, а также правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания.

Многие практические врачи и дефектологи, учитывая широкий диапазон отставания темпа психического развития, различают:

- выраженную степень,
- среднюю степень,
- лёгкую степень дебилности.

**Общественно опасные деяния** олигофренов достаточно разнообразны, но в основном они диктуются насущными потребностями человека, например, голодом, сексуальными влечениями, также они могут быть совершены в состоянии ярости, гнева, расприанности, страха, испуга.

При разрешении судебно-психиатрических вопросов в отношении больных идиотией и имбецильностью, они, как правило, **признаются невменяемыми**.

Трудности существуют в отношении олигофрении в степени дебилности. Решить данный вопрос заочно, даже при наличии в деле медицинских документов, не представляется возможным.

Необходимо использовать наблюдения, касающиеся практической ориентировки олигофрена в ситуации, стойкости и объема приобретенных им знаний и навыков.

Основным критерием степени слабоумных должен явиться учет того, может ли испытуемый по умственным способностям достаточно правильно осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, способен ли он противостоять своим влечениям.

Медицинские меры принудительного характера назначаются судом, сводятся не столько к лечению, сколько к медико-педагогическим и социально-реабилитационным мероприятиям.

Олигофрены с неглубоким умственным дефектом (дебильность) могут участвовать в уголовном процессе и они могут быть допрошены в качестве свидетелей и потерпевших. Следует учитывать при допросах их повышенную внушаемость.

В гражданском процессе олигофрены, не способные рассудительно вести свои дела, считаются недееспособными и нуждаются в учреждении над ними опеки.

**Недееспособны:** пациенты с олигофренией в степени имбецильности, идиотии, дебилности - с глубокой умственной отсталостью. Легкая степень дебилности не влечет недееспособности.

#### **Литература:**

1. Волков В.Н. Судебная психиатрия, курс лекций.- М.,»Юрист», 1998 г., 408 с.



2. Гаврилова С.И., Сударева Л.О., Калын Я.Б. Журнал невропатологии и психиатрии, 1987; С.45-52.
3. Георгадзе З. О. «Судебная психиатрия». Учебное пособие для студентов вузов. - М.: Закон и право, ЮНИТИ-ДАНА, 2003. С.120-123.
4. Жариков Н.М., Морозов Г.В., Хритинин Д.Ф. Судебная психиатрия; учебное пособие для вузов, 4 издание, переработанное и дополненное. «Норма», 2006 г. 560 с.
5. Калын Я.Б. Журнал невропатологии и психиатрии, 1989. С.78-85.
6. Калын Я.Б., Гаврилова С.И. Реформы службы психического здоровья: проблемы и перспективы. Материалы международной конференции 21-22 октября 1997 г.М., 1997. С.18-19.
7. Судебная психиатрия, учебник для вузов, под редакцией профессора Шастакова В.В., -М., 1997 г. 408 с.
8. Фогель Ф., Мотульский А. Генетика человека. Т.3. Москва, 1989-1990. С.61-64.
9. Церковский А.Л. Клинико-психологическое исследование больных олигофренией 1 степени лёгкой дебилности. Под общей редакцией И.И. Кутько, П.Т. Петрюка. –Харьков, 1996 г., т. 1. С.370-371.
10. Bettini R., Gobbi G., Landonio M. et al. Clin-Ter 1992; 140(3). P. 25-3.
11. Bidzan L., Psychitria Polska. 1994. P. 9-11.
12. Dohrenwend B.,Acta Psychiat Scand. 1994. P. 13-20.
13. Fratiglioni L., Ahlbom A., Viitanen M., Winblad B. Annal Neurol. 1993. P. 258-266.
14. Katzman R. Clin. Neur. 1993. P. 165-170.
15. Jablensky A., Acta Psychiat Scand. 1994. P. 21-24.
16. Rossa W.A., Hoffman A., Braune C. et al. Annal Neurol. 1991. P. 384-390.
17. Yoshitake T., Kiyohara Y., Kato I. et al. Neurology. 1995. P. 61-68.

## 9. Временные психические расстройства

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

**Исключительные состояния** – нозологически и симптоматически сборная группа временных расстройств психической деятельности.

Они объединяются такими общими клиническими признаками, как **внезапное начало, непродолжительность (минуты, редко – часы), наличие расстроенного сознания с полной или частичной амнезией происшедших в этот период событий.**

Исключительные состояния возникают у лиц, не страдающих психическими заболеваниями, и, как правило, представляют единственный эпизод, в течение всей жизни индивида. Однако чаще всего они наблюдаются у лиц с той или иной степенью психических отклонений. Они могут быть обусловлены наличием остаточных явлений после перенесенных в прошлом органических заболеваний центральной нервной системы. Это последствия черепно-мозговых травм, инфекций и интоксикаций, алкоголизм, психопатический склад характера, невротические расстройства. Психические отклонения создают ту или