

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 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, интроперсональные).
12. Антисуицидальные факторы.

23. Иллюстративный материал.

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

25. Литература.

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

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 I 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

иную степень психической неустойчивости, которая вместе с тем не есть проявление душевного заболевания в узком смысле этого слова. В настоящее время, ведущее значение в возникновении исключительных состояний придаётся разнообразным внешним, временно действующим истощающим моментам. К ним относят психическое и физическое переутомление и перенапряжение, Астенизирующее влияние нетяжёлых интеркуррентных заболеваний, недосыпание, работу, связанную с переохлаждением или перегреванием организма и т.п.

Сочетание этого «временно приобретённого» расположения с имеющейся лёгкой психической неполноценностью и создаёт предпосылки для возникновения исключительных состояний.

Исключительные состояния встречаются редко. По данным Института судебной психиатрии и псих. проф. В.П. Сербского, число лиц, у которых они обнаружены, в настоящее время составляет 1-2% от общего числа лиц, признанных невменяемыми.

К исключительным состояниям относятся следующие болезненные формы:

1. Патологическое опьянение.
2. Сумеречные состояния сознания, не являющиеся симптомом какого-либо органического заболевания.
3. Патологические просоночные состояния.
4. Патологический аффект.
5. Реакция «короткого замыкания».

По характеру возникновения и течения исключительные состояния сходны между собой: начинаются и заканчиваются внезапно, протекают на фоне изменённого сумеречного помрачения сознания, сопровождаются чаще всего бурным двигательным возбуждением и агрессией.

К особенностям этих состояний следует отметить то, что лица в данном состоянии не доступны контакту с другими людьми. Эти эпизоды длятся непродолжительное время (чаще минуты, реже – часы), после чего у них наступает истощение физических и психических сил (прострация), а чаще сон с последующим восстановлением психического здоровья. О произошедшем деянии у таких лиц отмечают полную или реже частичную амнезию.

Все эти расстройства объединяются большим сходством клинической картины и главными психотическими особенностями течения, а также обратимостью этих расстройств, определенной общностью патологических механизмов и теми ретроспективными трудностями, которые возникают при их диагностике. Судебно-психиатрическая практика подтверждает целесообразность и оправданность выделения форм исключительных состояний в самостоятельную группу.

Несмотря на то, что исключительные состояния могут возникать у практически здоровых людей, все-таки чаще они наблюдаются у лиц с остаточными явлениями органического поражения головного мозга, у которых психиатры отмечают психопатологические отклонения. Именно последние создают ту или иную степень психической неустойчивости, которая, вместе с тем, ни в коей мере не является проявлением психического заболевания в узком смысле этого слова. Но, все-таки, эта психическая неустойчивость является преимущественным фактором, обуславливающим развитие исключительных состояний.

Патологическое опьянение (острый транзиторный психоз) – острый кратковременный психотический эпизод. Он возникает на фоне простого алкогольного опьянения (после употребления малых доз этанола).

Для возникновения патологического опьянения имеет значение не столько воздействие алкоголя, сколько наличие постоянной и временной патологической почвы. Постоянная «почва» проявляется в резидуальных явлениях перенесенных в прошлом органических заболеваний центральной нервной системы, в том числе

черепно-мозговых травм. Однако, выраженность этих проявлений столь незначительна, что лица, в обычном состоянии, не обнаруживают отклонений в психической сфере и считаются практически здоровыми. Большую роль в возникновении патологического опьянения играет временная почва – усталость, переутомление, недосыпание, психическое и физическое истощение, волнения, страхи, тревога. В таком состоянии принятый алкоголь, независимо от его дозы, в некоторых случаях вызывает патологическое опьянение. Сочетание указанных факторов наблюдается чрезвычайно редко, потому повторение патологического опьянения у одного и того же лица маловероятно.

Патологическое опьянение возникает остро на фоне обычной картины алкогольного опьянения (шаткая походка, нечеткая речь, снижение критических способностей, пьяное балагурство или гневливость, придирчивость и т.д.) и характеризуется резким изменением состояния субъекта. **Основным симптомом патологического опьянения является болезненно измененное сознание**, в результате чего нарушаются и искажаются процессы восприятия, наступает отрыв от реальной действительности. Выявляется безотчетный страх, тревога, ощущение угрозы в отношении себя и своих близких. При нарастании эмоционального напряжения нарушается ориентировка в окружающем и появляется бредовое ее толкование.

Различаются две **главные формы** патологического опьянения: **эпилептиформная и параноидная формы**.

При эпилептиформной форме патологического опьянения отмечается молчаливая мрачная сосредоточенность, действия и поступки носят автоматизированный характер, выявляется резкое и безмотивное возбуждение, бесцельное неистовство, ярость, агрессия. Психопатологическая продукция выражена мало или не замечается окружающими.

При типичной картине **параноидной, или амбулаторно-параноидной формы**, в клинической картине сумеречного состояния сознания выявляются бредовые переживания. Они носят устрашающий характер, отмечаются отрывочные галлюцинаторные феномены, стереотипные движения и импульсивные двигательные разряды, сопровождающиеся аффектом страха.

Заканчивается патологическое опьянение так же внезапно, как и начинается, чаще всего терминальным сном.

Характерно полное отсутствие сокрытия следов преступления, неказание сопротивления при задержании, пассивное отношение к окружающим.

Совершенное деяние после восстановления сознания воспринимается с удивлением, как чуждое.

Патологическое опьянение сопровождается последующей амнезией происшедшего. Патологическое опьянение не является тяжелой формой простого алкогольного опьянения, это качественно иное состояние психики – тяжелое психическое расстройство, спровоцированное алкоголем.

Сумеречное помрачение сознания. Развивается внезапно, обычно непродолжительно (минуты, часы, иногда – дни). Столь же внезапно исчезает, сменяясь глубоким сном. Иногда отмечается только глубокая дезориентировка всех видов (в месте, времени и собственной личности) с сохранностью привычных автоматизированных движений, в связи с чем, больные могут даже не привлечь к себе внимания окружающих. Это простая форма сумеречного помрачения сознания. Если при этом больные непроизвольно блуждают, то говорят об амбулаторном автоматизме. В других случаях отмечается речедвигательное возбуждение, страх, злоба, устрашающего содержания зрительные галлюцинации, бредовые высказывания. Находящийся в таком состоянии больной может совершить необычно жестокие акты агрессии и насилия. Позже либо следует полная амнезия психотического эпизода, либо сохраняется

смутное воспоминание отдельных бывших расстройств, которые затем забываются (ретардированная амнезия).

Патологический аффект. Эта форма исключительных состояний возникает в связи с внезапной и интенсивной психической травмой, это болезненное состояние психогенного происхождения, возникающее у практически психически здорового человека.

Патологический аффект понимается психиатрами как **острая реакция в ответ на психотравмирующее воздействие**, на высоте, развития которой, имеет место нарушение сознания **по типу аффективного сумеречного состояния**.

Аффективная реакция такого типа характеризуется остротой, яркостью выражения и трехфазностью.

1 фаза - подготовительная. Личностная переработка психогении, возникновение и нарастание аффективного напряжения. Острая психогения может сокращать эту фазу до нескольких секунд, резко ускоряя возникновение аффекта. Длительная психотравмирующая ситуация удлиняет нарастание аффективного напряжения, на фоне которого психогенный повод по механизму "последней капли" может вызвать наступление острой аффективной реакции.

2 фаза – фаза взрыва. Возникает кратковременное психическое состояние: кратковременные расстройства восприятия в виде **гипоакузий** (звуки отдаляются), **типоакузий** (звуки воспринимаются как очень громкие), **иллюзорные восприятия**. О нарушении сознания и патологическом характере аффекта свидетельствуют также чрезвычайно резкий период интенсивного двигательного возбуждения, свойственного второй фазе, в психомоторную заторможенность.

3 фаза – заключительная. Характеризуется отсутствием каких-либо реакций на «содеянное», невозможностью контакта. У больного наступает терминальный сон или болезненная протрация, представляющая собой одну из форм оглушения.

Основным критерием разграничения патологического и физиологического аффектов служит установление симптомов психогенно обусловленного сумеречного состояния сознания при патологическом аффекте или аффективно суженного, но не психического состояния сознания при физиологическом.

Понятие «реакции короткого замыкания» практически исчезло из экспертной практики. Часть этих состояний квалифицируется как патологический или физиологический аффект. Так называемые «реакции короткого замыкания» могут развиваться у практически психически здоровых лиц, как правило, с астеническими личностными особенностями, а также при наличии легкой резидуальной органической патологии чаще наследственного генеза.

«Реакции короткого замыкания» возникают обычно на фоне пролонгированной психотравмирующей ситуации.

Подготовительный этап этого состояния длительный, характеризуется формированием "аффективной почвы" (снижение порога аффективной устойчивости), на фоне которой развиваются неглубокие депрессивные состояния. Наблюдаются проходящие этапы - астенический этап, психосоматический этап, и этап формирования сверхценных идей.

Психогенное изменение сознания происходит внезапно, после дополнительного, часто малозначительного повода. Клинически состояние протекает в виде двигательного возбуждения со стереотипными агрессивными действиями или с наличием иллюзорных, дереализационных расстройств (иное восприятие лиц и окружающей обстановки). В тех случаях, когда имеется временная или постоянная почва, реакции «короткого замыкания» близки по клиническим проявлениям к патологическому аффекту с психогенным сумеречным нарушением сознания.

Патологическое просоночное состояние в судебно-психиатрической литературе описывалось под названиями "физиологическое и патологическое опьянение сном", "сновидное опьянение", относящиеся к расстройствам пробуждения.

Патологические просоночные состояния, как правило, развиваются у лиц, склонных и ранее к расстройствам сна, особенно пробуждения, сопровождающихся медленным восстановлением ориентировки в окружающем. Возникновение их может провоцироваться приемом алкоголя.

Объектом агрессивного поведения обычно становятся лица, находящиеся вблизи, и искаженное восприятие их является как бы продолжением сновидения.

В период просоночного состояния сознание помрачено, в силу чего полностью отсутствует контакт с окружающими. Последовательность и целенаправленность действий определяются содержанием сновидений.

После правонарушения сон или продолжается, или наступает пробуждение с неадекватной последующей реакцией растерянности и удивления по поводу происшедшего. Однако возможны фрагментарные воспоминания, касающиеся в основном содержания сновидений. Сновидения, как правило, носят яркий, устрашающий характер, сопровождающийся страхом и необходимостью обороны.

Судебно-психиатрическая оценка

Патологическое опьянение всегда свидетельствует о **невменяемости** лица, совершившего противоправное деяние в таком состоянии.

Сумеречное помрачение сознания всегда свидетельствует о **невменяемости** лица, совершившего противоправное деяние в таком состоянии.

Судебно-психиатрическая оценка **патологического и физиологического аффектов различна**. При совершении аффективного деликта невменяемость определяется только наличием признаков патологического аффекта в момент правонарушения. Данное состояние подпадает под понятие временного расстройства психической деятельности медицинского критерия невменяемости, так как исключает возможность такого лица в момент совершения противоправных действий осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий.

Судебно-психиатрическая оценка **реакции короткого замыкания** соответствует оценке патологического аффекта – признаком лица **невменяемым** в отношении инкриминируемого ему правонарушения. Выбор меры медицинского характера определяется наличием органически измененной почвы, выраженностью реактивного состояния в момент обследования и характером противоправного деяния.

Лица, совершившие правонарушения в состоянии **патологического просоночного состояния**, признаются невменяемыми.

Следует признать, что диагностика и судебно-психиатрическая оценка исключительных состояний всегда вызывает значительные затруднения, так как они никогда не бывают, в силу их кратковременности, предметом непосредственного врачебного наблюдения. Клиническую картину этих болезненных состояний приходится восстанавливать ретроспективно, в ряде случаев через значительные промежутки времени и только по материалам уголовного дела, недостаточными для установления диагноза и судебно-психиатрической оценки. Поэтому диагностика даже в таких случаях должна быть направлена на выявление и фиксацию клинических симптомов исключительных состояний. Это, прежде всего, следующие симптомы.

- Наличие у подозреваемого или обвиняемого в период инкриминируемого деяния помраченного сознания.

- Показания свидетелей могут способствовать выяснению возможности у такого лица дезориентировки, особенности высказываний (по которым можно судить о наличии галлюцинаторно-бредовых и иных психотических расстройств).
- Характера поступков (наличие стереотипных действий).
- Внешнего облика подэкспертного в это время; его поведение в момент окончания ситуации (возникновение прострации, сна).

Таким образом, только определенное сочетание признаков, образующих клиническую картину, позволяет судить о диагнозе той или иной формы исключительного состояния.

Лица с диагностированными формами **исключительного состояния признают невменяемыми.**

Литература:

1. Георгадзе З. О. «Судебная психиатрия». Учебное пособие для студентов вюр. - М.: Закон и право, ЮНИТИ-ДАНА, 2003. С.168-179.
2. Морозов Г.В. Судебная психиатрия. «Юридическая литература» Москва. 1978. С. 314-322.

10. Реактивные состояния

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

Реактивными, или психогенными, состояниями называются временные обратимые расстройства психической деятельности, возникающие как реакция в ответ на воздействие психической травмы, и составляют две основные подгруппы:

- неврозы,
- реактивные (или психогенные) психозы.

Основным клиническим признаком второй группы является продуктивная (обратимая) психотическая симптоматика, которая отсутствует при неврозах.

А) Неврозы

Неврозами называются такие формы реактивных состояний, возникновение которых связано не столько с острыми психогенными травмами, сколько с длительно существующими конфликтами. Это группа психических расстройств, возникающих под влиянием психических травм и сопровождающихся нарушением общего самочувствия.

В условиях непосредственной угрозы для жизни, человек часто ограничивает и даже исключает разное поведение или управление действиями (возбуждение, ступор) в соответствующей ситуации. Фактором, вызывающим нарушение высшей нервной и психической деятельности, является чрезмерный аффект (страх, отчаяние и т.д.).

Личностной особенностью, предрасполагающей к возникновению таких состояний, может являться эмоциональная неустойчивость. Роль личностных особенностей значима.

Реакция каждого человека на стрессовую ситуацию бывает индивидуальна. Формирование указанных психических расстройств происходит в результате **взаимодействия психогенной вредности и личности.**