

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. Различие 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, олигофрении.

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...»*

- 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.

Лиц 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. востания).

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.**

Психогении неоднозначны: это могут быть межличностные конфликты, неудовлетворенность жизненной ситуацией, невозможность реализовать свои интересы и т.д. Чем более устойчива в психическом отношении личность, тем интенсивнее и продолжительнее должны быть психогенные вредности, чтобы вызвать психические расстройства и, наоборот.

Существует определенная предрасположенность личности к развитию отдельных форм неврозов и соматоморфных расстройств. Например, личности с повышенной эмоциональной возбудимостью склонны к неврастениям. Пребывание лиц с психастеническим характером в ситуации, требующей повышенного самоконтроля, ведёт к возникновению невроза навязчивых состояний и различного рода фобий.

Наиболее распространенной и традиционной в отечественной литературе является классификация неврозов по клиническим проявлениям. В соответствии с этим рассматриваются три самостоятельных типа неврозов.

- 1) Истерический невроз.
- 2) Невроз навязчивых состояний.
- 3) Неврастения.

Истерический невроз. Встречается в судебно-психиатрической практике чаще других неврозов. Схематически все истерические проявления, наблюдаемые при истерическом неврозе, можно разделить на 4 основные группы.

- 1) Двигательные расстройства.
- 2) Сенсорные нарушения и нарушения чувствительности.
- 3) Вегетативные нарушения.
- 4) Психические расстройства.

Двигательные расстройства - проявляются истерическими припадками («истерическая дуга», судороги в виде разнообразных гиперкинетических движений, при сохраненном сознании), парезами и параличами, а также разнообразными гиперкинезами. Истерические припадки отличаются выразительностью, длительностью, сопровождаются рвотами, стонами, криками. Истерические расстройства двигательной сферы обычно не зависят от иннервации, а соответствуют представлению об анатомическом делении конечностей (паралич одной руки, обеих рук или ног, всех конечностей). Истерические контрактуры отмечаются в мышцах конечностей, иногда мышцах шеи, туловища. В прошлом встречались явления астазии - абазии (невозможность стоять и ходить, при полной сохранности опорно-двигательного аппарата). Такие больные, лежа в постели, совершают произвольные движения конечностями, изменяют положение тела. Однако при попытке их поставить они валятся, не опираются на ноги. Иногда при длительно существующих параличах наступают вторичные атрофии.

Сенсорные нарушения чаще всего проявляются в понижении или утрате кожной чувствительности. Характерно, что изменения чувствительности также не соответствуют зонам иннервации, а отражают представления об анатомическом строении конечностей и частей туловища (отсутствие чувствительности по типу перчаток, чулок, по средней вертикальной или горизонтальной линии, разделяющей туловище на две части). Отмечаются также болевые ощущения в разных частях тела и различных органах. Довольно часто встречаются нарушения деятельности отдельных органов чувств: истерическая слепота (амавроз), глухота. Нередко истерическая глухота сочетается с истерическим мутизмом, возникает картина истерической глухонемой (сурдомутизм).

Вегетативным нарушениям придаётся особое значение в клинической картине истерического невроза. Часто отмечающийся спазм гладкой мускулатуры определяет такие характерные симптомы, как чувство сжатия горла (истерический ком), ощущение непроходимости пищевода, недостатка воздуха. Нередко встречается истерическая рвота, не связанная с каким-либо заболеванием желудочно-кишечного тракта и обусловленная спазмом привратника желудка. При волнении отмечаются учащенное сердцебиение, нарушение сердечного ритма, одышка, поносы и другие функциональные расстройства внутренних органов.

Психические нарушения еще более выразительны и многообразны, чем все другие проявления истерического невроза. Преобладают эмоциональные нарушения: страхи, колебания настроения, состояния подавленности, депрессии. При этом за внешней выразительностью скрываются часто поверхностные эмоции. В ряде случаев реакция на травмирующую ситуацию проявляется в усилении фантазирования. Содержание фантазий отражает стремление к уходу от непосильной стрессовой ситуации.

В судебно-психиатрической клинике истерические неврозы иногда протекают с элементами аггравации.

Невроз навязчивых состояний встречается в судебно-психиатрической практике относительно реже, чем истерический и неврастения, и имеет две основные формы:

- 1) **навязчивости**, содержание которой носит отвлеченный, аффективно-нейтральный характер;
- 2) **чувственно-образной навязчивости с аффективным, обычно крайне тягостным содержанием.**

В клинической картине всегда представлены неврастенические симптомы – раздражительная слабость, повышенная истощаемость, нарушения сна.

К группе навязчивостей относятся:

- **навязчивые сомнения** – постоянно возникающая неуверенность в правильности и законченности совершенных действий;
- **навязчивые представления**, которые, несмотря на их явную неправдоподобность, абсурдный характер, не могут быть устранены (например, у матери, похоронившей ребенка, вдруг появляется чувственно-образное представление, что ребенок по-прежнему жив);
- **навязчивые воспоминания** – непреодолимое, назойливое воспоминание какого-либо неприятного, отрицательно окрашенного эмоционально события в прошлом, несмотря на постоянные усилия не думать о нем. К этому же ряду навязчивых явлений относятся навязчивые опасения в возможности выполнения привычных автоматизированных поступков и действий;
- **навязчивые страхи (фобии)** – особенно многообразны по содержанию, характеризуются непреодолимостью, несмотря на их бессмысленность, невозможностью с ними справиться. Иногда возникает навязчивый бессмысленный страх высоты, открытых пространств, площадей или закрытых помещений. У некоторых больных преобладает навязчивый страх за состояние своего сердца (кардиофобия) или страх заболеть раком (канцерофобия);

навязчивые действия – движения, совершаемые против желания больных, несмотря на все прилагаемые усилия, чтобы их сдерживать. Иногда первоначальные действия бывают целенаправленными (например, покашливание при ларингите или характерное вытягивание шеи, когда мешает слишком узкий воротник). В дальнейшем они фиксируются, утрачивая смысл и целенаправленность.

При судебно-психиатрической экспертизе следует иметь в виду, что только в некоторых, очень редких случаях тяжелых невротических состояний, явления навязчивости могут приводить к антисоциальным действиям. В большинстве случаев, больные с неврозами навязчивых состояний вследствие критического к

ним отношения и борьбы с болезнью не совершают криминальных действий, связанных с явлениями навязчивости. В практике СПЭ невроз навязчивых состояний обычно не встречается.

Неврастения является наиболее распространенной формой неврозов. Неврастения обычно возникает при непосильном умственном или физическом труде. Она развивается чаще у лиц с астенической конституцией в условиях неразрешимой конфликтной длительной ситуации, вызывающей постоянное психическое напряжение.

Вначале появляется повышенная возбудимость и лабильность нервной системы. В последующем повышенная возбудимость сопровождается повышенной истощаемостью, быстрой утомляемостью, «раздражительной слабостью», неспособностью сосредоточиться на выполняемой работе и сконцентрировать внимание. Отмечается невыносимость к обычным раздражителям (звуку, свету), головные боли, нарушения сна. Настроение обычно понижено, в некоторых случаях развивается депрессия, истощение. Имеются нарушения со стороны вегетативной нервной системы.

Течение неврастении обычно длительное и зависит, с одной стороны, от прекращения или продолжения действия травмирующей ситуации (особенно если эта ситуация вызывает постоянную тревогу, ожидание неприятностей), с другой – от особенностей личности и особенностей строения организма. При изменившихся условиях симптомы неврастении исчезают бесследно.

Судебно-психиатрическая оценка неврастении вызывает трудности, поскольку эти состояния никогда не сопровождаются психотической симптоматикой и нарушением критических способностей. При судебно-психиатрической оценке инкриминируемых действий, лицо, страдающее неврастенией, признается вменяемым.

Судебно-психиатрическое значение неврозов невелико. Обычно наличие невроза не влечет невменяемости, не лишает способности быть свидетелем, давать показания и не является основанием для досрочного освобождения от наказания из учреждения УИС.

Неврозы редко толкают человека на путь преступления.

Реактивные психозы

Реактивные психозы можно разделить на острые шоковые реактивные психозы, подострые реактивные психозы и затяжные реактивные психозы.

Острые шоковые реактивные психозы возникают под влиянием внезапной очень сильной психогенной травмы, представляющей угрозу существованию, чаще всего при массовых катастрофах (землетрясение, авиакатастрофа и др.), при тяжелом потрясении, связанном с неожиданным известием, арестом и т.п.

Острые шоковые реакции встречаются редко и клинически проявляются в двух формах: **гипокинетической** и **гиперкинетической**. Их продолжительность от 15–20 минут, до нескольких часов или суток.

Гипокинетическая форма, или психогенная психомоторная заторможенность. Она проявляется внезапно наступающим состоянием оцепенения, полной обездвиженностью, нарушением восприятия внешних раздражителей и отсутствием речи (мутизм). Человек «столбенеет от ужаса». Это состояние сопровождается вегетативными нарушениями и глубоким помрачением сознания по типу снопоподобной оглушенности с последующей амнезией.

Гиперкинетическая форма, или психогенное психомоторное возбуждение, характеризуется внезапно наступающим беспорядочным хаотическим метанием, бессмысленным беспокойством. Что проявляется в

бесцельных недифференцированных и нецеленаправленных движениях, криках, бессмысленном бегстве, нередко в направлении опасности. Мимика отражает устрашающие переживания, высказывания бессвязны, отрывочны. Иногда при этом преобладает острая речевая спутанность в виде бессвязного речевого потока.

Выраженные вегетативные нарушения проявляются в тахикардии, резком побледнении или гиперемии кожных покровов, профузных потах или поносах. Состояние возбуждения сопровождается сумеречным расстройством сознания с последующей амнезией.

К гиперкинетической форме шоковых реакций следует относить также острые психозы страха. В этих случаях в клинической картине психомоторного возбуждения преобладает панический, беспредельный страх, который отражается в мимике, движениях и руководит всем поведением больных.

Эти острые реакции продолжаются от нескольких часов до нескольких дней и также, как и другие состояния психомоторного возбуждения, сопровождаются последующей амнезией.

Подострые реактивные психозы. В судебно-психиатрической клинике подострые реактивные психозы встречаются наиболее часто. Их длительность – от 2-3 недель до 2-3 месяцев.

По психопатологической картине подострые реактивные психозы более сложны и многообразны, чем острые шоковые реакции. Они развиваются более медленно и постепенно. После воздействия психогенной травмы проходит определенный период переработки психотравмирующего переживания. В одних случаях подострые реактивные психозы имеют вначале острую стадию, которая затем переходит в подострую стадию. В других случаях – подострым реактивным психозам предшествует невротическая стадия. К таким психозам относятся:

- психогенная депрессия,
- психогенный параноид и галлюциноз,
- истерические психозы.

Психогенными депрессиями называются такие психогенные реакции, в клинической картине которых особое место занимает депрессивный синдром, проявляющийся в аффекте тоски, тревоги и более или менее выраженной общей психомоторной заторможенности.

Выделяют четыре клинических варианта синдромов, наиболее часто встречающихся в настоящее время в судебно-психиатрической практике:

- 1) простые, или пуртеринголы, и некоторых авторов, "чистые" реактивные депрессии;
- 2) депрессивно-параноидный синдром;
- 3) астено-депрессивный синдром;
- 4) депрессивно-истерический синдром.

Депрессивно-параноидный синдром проявляется в медленном и постепенном развитии и нарастании состояния подавленности, которому предшествует бессонница, длительный период обдумывания и психической переработки травмирующего переживания.

Сознание больных грубо не нарушено, однако при сохранности формальной ориентировки окружающее воспринимается ими неотчётливо, отмечают явления деперсонализации и дереализации. Обнаруживается избирательная интерпретация окружающего. Иногда возникает синдром Кандинского, представленный в этих случаях отдельными компонентами в виде чтения мыслей, ощущения внутренней раскрытости. Депрессия сопровождается психомоторной заторможенностью, и, нарастая, может перейти в депрессивный ступор. Течение болезни обычно длительное (2-3 месяца). Больные теряют в весе, выражены вегетативные нарушения, Нередко имеют место упорные суицидальные тенденции и попытки.

Астено-депрессивные состояния начинаются с явлений нервно-психического истощения, достигающего степени глубокой астении. По мере развития заболевания нарастает психомоторная заторможенность. Аффект тоски носит маловыразительный характер, замещаясь состоянием монотонного уныния, апатии, в сочетании с подавленностью всех психических функций. Повышение порога восприятия приводит к изменению сознания по типу оглушённости, что далее может перейти в вялый ступор, который отличается особенно неблагоприятным течением. При обратном развитии симптомов долгое время наблюдается состояние постреактивной астении.

Наиболее часто в судебно-психиатрической практике встречается истерическая депрессия, которая обычно развивается после короткого периода истерического возбуждения. Клиническая картина отличается особой яркостью и подвижностью симптоматики, часто сочетается с другими истерическими проявлениями: псевдодеменцией, пуэрилизмом, бредоподобными фантазиями. Аффект тоски при истерической депрессии характеризуется чрезвычайной выразительностью. Настоящей психомоторной заторможенности в этих случаях нет. Иногда тоска сочетается с гневливостью, депрессия принимает агрессивный характер. Нередко больные наносят себе повреждения или совершают демонстративные суицидальные попытки. Чаще они обвиняют во всём окружающих, наряду с этим, высказывают преувеличенные опасения по поводу своего здоровья.

Истерическая депрессия протекает на фоне истерически суженного сознания с колебаниями психомоторного тона. При углублении состояния заболевания может перейти в истерический ступор, однако, его течение, в целом, благоприятное.

Психогенный паранойд и галлюциноз, острые параноиды (без галлюцинаторных явлений) относятся к сравнительно редким формам реактивных психозов. Возникают они, как правило, после ареста, в местах лишения свободы, нередко после напряжённого обдумывания сложившейся ситуации и, связанной с этим, бессонницей. Чаще развивается у психопатических и акцентуированных личностей тормозимого круга, у лиц в возрасте обратного развития (после 50 лет), а также с последствиями органического поражения головного мозга (травматической и сосудистой природы).

В начальной стадии у больных появляются непонятная мучительная тревога, общее эмоциональное напряжение и беспокойство. При сохранности ориентировки отмечается легкое изменение сознания, оно характеризуется не достаточно чёткостью дифференцированности восприятия. Состояние тоски и тревоги сменяется беспредметным ожиданием гибели. Больные защищаются от мнимых преследователей, боясь быть отравленными, отказываются от еды, становятся беспокойными, иногда агрессивными. Такое состояние продолжается недолго – 2-4 недели.

Часто же чаще в судебно-психиатрической клинике встречается подострый **психогенный галлюцинаторно-параноидный синдром**. В начальном периоде заболевания психическая деятельность у больного становится затруднённой, отмечаются явления дереализации и ложного узнавания. Постепенно целенаправленное мышление замещается непрерывным потоком представлений, Развёртываются воспоминания давно забытых эпизодов. Наряду с наплывом мыслей появляется ощущение «вытягивания», «втягивания» мыслей, чувство «внутренней раскрытости», что сочетается и с другими слуховыми псевдогаллюцинациями. Больные говорят о внутренних голосах, которые вмешиваются в ход их мыслей, повторяют процесс следствия, звучат в голове. Появляется ощущение изменённости собственного организма, явления деперсонализации.

На высоте острого психотического состояния, на фоне нарастающего аффекта страха преобладают истинные вербальные галлюцинации. Голоса носят множественный характер, часто в виде диалога,

обсуждают поведение больного, угрожают, предсказывают смерть. Наряду с этим, больные слышат плач своих детей, родных, крики, взывающие о помощи. Иногда имеют место и зрительные обманы восприятия. Больным представляются наставленные на них и их близких дула ружей и т.д.

Больные убеждены, что на них как-то по-особенному смотрят, "не хотят садиться за общий стол", так как все знают об их преступлениях и "неблаговидных поступках" в прошлом, о которых они сами забыли и только недавно "вспомнили" по отдельным намекам окружающих.

Большое место в клинике занимают бредовые идеи отношения и преследования, а также бред внешнего воздействия, постоянного контроля и влияния, проводимого с помощью гипноза и особых аппаратов.

Перелом в состоянии больных наступает сразу же после перевода их в стационар. Раньше всего обычно исчезают галлюцинации, напряженный аффект страха сменяется тоскливой депрессией с элементами тревоги, а в последующем – общей астенией. Бред не обнаруживает тенденции к дальнейшему развитию, однако длительное время не восстанавливается полная критика к пережитому. Нередко в подобных случаях отмечается затяжное течение реактивного психоза.

В судебно-психиатрической клинике чистые психогенные параноиды и психогенные галлюцинозы в настоящее время встречаются очень редко.

К подострым реактивным психозам относятся также истерические психозы: бредоподобные фантазии, синдром Ганзера, псевдодеменция, псурилизм, истерический ступор, синдром одичания и др.

Истерические психозы. Чаще эта форма развивается у лиц с последствиями травматического поражения головного мозга, а также у психопатических личностей. Преимущественно истерического и возбудимого круга.

Бредоподобные фантазии иногда развиваются остро, на фоне подавленного настроения, эмоционального напряжения с элементами тревоги. Патологическое фантастическое творчество характеризуется быстрым развитием бредоподобных построений, отличающихся изменчивостью, подвижностью, летучестью. Проявляются нестойкие идеи величия, богатства, которые в фантастически-гиперболизированной форме отражают замещение тяжелой непосильной ситуации конкретными по содержанию вымыслами стремление к реабилитации. Больные рассказывают о своих полетах в космос, о несметных богатствах, которыми они обладают, великих открытиях, имеющих государственное значение.

Реактивный психоз с синдромом бредоподобных фантазий необходимо отграничивать от встречающегося в условиях заключения своеобразного непатологического творчества, которое отражает тяжесть ситуации и потребность в самоутверждении. В этих случаях больные также пишут "научные" трактаты нелепого, наивного содержания, предлагают различные методы борьбы с преступностью, излечения тяжелых заболеваний, продления жизни и т.п. Однако, в отличие от реактивного психоза с синдромом бредоподобных фантазий, в этих случаях отсутствуют выраженное эмоциональное напряжение с элементами тревоги, а также другие психотические истерические симптомы.

У лиц перенесших затяжную истерическую депрессию, при возобновлении травмирующей ситуации, возможны рецидивы и повторные реактивные психозы. Клиническая картина, повторных обострений воспроизводит симптоматику первоначального реактивного психоза по типу отработанных клише.

Синдром Ганзера и псевдодеменция. Синдром Ганзера проявляется в остро возникающем сумеречном расстройстве сознания, явлениях миморечи, истерических расстройствах чувствительности и, иногда, истерических галлюцинациях. Явления миморечи состоят в том, что больной даёт неправильные ответы на простые вопросы – не может назвать текущий год, месяц, не в состоянии сказать, сколько пальцев у него на руке и пр. Нередко он не может выполнить простейшие привычные действия – одеться, зажечь спичку

(симптом мимодействия). Болезненное состояние протекает остро и продолжается несколько дней, после выздоровления наступает амнезия этого периода.

Псевдодеменцией, или мнимым слабоумием, называется истерическая реакция, проявляющаяся в неправильных ответах (миморечи) и неправильных действиях (симптом мимодействия), демонстрирующих внезапно наступившее глубокое слабоумие, которое в дальнейшем бесследно исчезает. В отличие от синдрома Ганзера псевдодеменция наступает на фоне истерического суженного, а не сумасшедшего расстройства сознания.

Синдром пуэрилизма (лат. Puer – мальчик) проявляется в детскости поведения на фоне истерически суженного сознания.

Наиболее частыми и стойкими симптомами пуэрилизма являются детская речь, детская моторика и детские эмоциональные реакции. Больные всем своим поведением воспроизводят особенности психики ребёнка, говорят тонким голосом с детскими капризными интонациями, по-детски строят фразы, ко всем обращаются на «ты», называют всех «дядями» и «тётями». Однако, в поведении пуэрильных больных можно отметить участие всего жизненного опыта (автоматизированная моторика во время еды, курения, которая отражает опыт взрослого человека). Поэтому поведение больных с пуэрильным синдромом значительно отличается от истинного детского поведения.

Синдром регресса психики («одичания») – относится к числу редких реактивных психозов. Его основными специфическими особенностями являются распад психических функций на фоне истерически изменённого сознания и поведение, воспроизводящее «дикого человека». Иногда наблюдается продуктивная симптоматика в виде истерического перевоплощения. Больные находятся в состоянии длительного психомоторного возбуждения: ползают, кричат, бьют, едят прямо из миски, разрывают пищу руками, проявляют агрессивные тенденции.

Психогенный ступор – проявляется в полной бездвижности и мутизме. Сознание у этих больных изменено и по своей структуре приближается к аффективно суженному сознанию. Несмотря на длительный отказ от пищи, физическое состояние больных обычно остаётся относительно хорошим. Выход из ступорозного состояния может наступить внезапно или постепенно.

Судебно-психиатрическая оценка.

Для судебно-психиатрической оценки реактивного психоза важно установить, когда он возник, не совершено ли правонарушение в реактивном состоянии или же оно возникло после него, в стадии следствия, суда или в период отбывания наказания в учреждениях уголовно-исполнительной системы.

В случаях, когда правонарушение совершено в состоянии реактивного психоза, экспертам - психиатрам не всегда удается установить его глубину. Если оно было настолько глубоким, что правонарушитель не мог осознавать фактический характер своих действий и его общественную опасность в этот период, отдавать отчет в своем поведении и руководить им, обвиняемый признается в отношении данного общественно опасного деяния **невменяемым**. В случаях, когда реактивный психоз появляется после совершения преступления, разрешение вопроса о вменяемости не вызывает затруднений. Поскольку оно совершено не в болезненном состоянии, то в отношении данного преступления такое лицо признается **вменяемым**, но на время реактивного состояния обвиняемый может нуждаться в лечении в психиатрической учреждении. Судебно-следственные действия на период болезни приостанавливаются, а после выхода из реактивного состояния возобновляются.

Таким образом, при установлении реактивных состояний в момент совершения общественно опасного деяния лицо признается **невменяемым**. Однако обычно реактивные состояния возникают после совершения

правонарушения во время следствия, а также по его окончании, до или после вынесения приговора и в период отбывания наказания. Перед экспертизой, как правило, ставится вопрос об оценке психического состояния лица после совершения правонарушения в указанные временные промежутки.

В соответствии с ч. 1 ст. 81 УК установление реактивного состояния, развившегося после совершения криминальных действий, может быть основанием для освобождения от наказания, но не от уголовной ответственности.

Лицам, заболевшим психическим расстройством до вынесения судом приговора, нельзя назначить наказание. Для тех, у кого расстройство наступило после вынесения приговора, невозможно исполнить или в дальнейшем осуществлять уже назначенное наказание. Суд может назначить таким лицам принудительные меры медицинского характера (ст. 97, 99 УК).

Литература:

1. Георгадзе З. О. «Судебная психиатрия». Учебное пособие для студентов вузов. М.: Закон и право, ЮНИТИ-ДАНА, 2003. С.173-183.
2. Морозов Г.В. Судебная психиатрия. «Юридическая литература». Москва, 1978. С. 298-314.

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.

Самую многочисленную группу больных с психическими расстройствами, обусловленными органическим поражением головного мозга и патологией других систем организма, составляют больные предстарческого (55–75 лет) и старческого возраста (76 лет и более).

Старению организма сопутствует изменение всех его функций, как биологических, так и психических. Однако характер этих изменений и время их проявления имеют индивидуальные особенности и колеблются в широких пределах. В целом психические возрастные изменения не всегда соответствуют соматическим проявлениям старения организма. Так, относительно рано начинает ослабевать у человека способность воспринимать – его яркость, образность, ухудшается также подвижность психических процессов, возможность быстрого переключения внимания. Несколько позже ухудшается усвоение новых знаний. Возникают трудности в воспроизведении нужных в данный момент сведений (элективное расстройство памяти). Видоизменению с возрастом подвергаются и эмоциональные проявления, развивается эмоциональная неустойчивость, тревога, возникает склонность к «застреванию» на неприятных переживаниях, тревожно-депрессивная окраска настроения.

Время появления возрастных изменений психики, как правило, индивидуально. Вместе с тем выделяются определенные периоды жизни человека, в которых наблюдается появление этих возрастных изменений. Возраст, который обычно считается началом возникновения психических изменений, связанных с инволюцией, составляет 50–60 лет. Психические расстройства у лиц пожилого и старческого возраста