

Частное учреждение образования  
«МИНСКИЙ ИНСТИТУТ УПРАВЛЕНИЯ»

**СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ**

Учебно-методический комплекс  
для студентов специальности  
ПРАВОВЕДЕНИЕ

Минск  
2009



Автор составитель:

**М.Н. Мисюк**, кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры юридической психологии МИУ, врач высшей категории.

Рецензенты:

**И.С. Асаёнок**, доктор медицинских наук, профессор;

**В.В. Шевляков**, доктор медицинских наук, профессор.

Рекомендовано к изданию кафедрой юридической психологии Минского института управления (протокол №.... от ....)

Учебно - методический комплекс содержит курс лекций по всем темам дисциплины «Судебная психиатрия».

В учебно-методическом комплексе раскрыто содержание дисциплины, определены её цели и задачи, место в учебном процессе.

Представлены вопросы для самоподготовки и список литературы, рекомендуемой для изучения в процессе самостоятельной работы.

Комплекс предназначен для студентов факультета проведения дневной и заочной форм обучения.

## Оглавление

### 1. История развития судебной психиатрии.

### 2. Диагноз и классификация в психиатрии.

I. Введение.

II. Классификация психических расстройств.

### 3. Предмет и содержание судебной психиатрии.

1. Судебная психиатрия как составная часть психиатрии, изучающая психические заболевания человека в связи с его общественно опасными действиями.

2. Задачи судебной психиатрии.

3. Связь судебной психиатрии с юридическими и другими науками.

4. Организация психиатрической помощи и судебно-психиатрической экспертизы в Республике Беларусь.

Виды судебно-психиатрических экспертиз.

5. Роль судебной психиатрии в уголовном и гражданском процессе (вменяемость и невменяемость, дееспособность и недееспособность).

### 4. Организация и проведение судебно-психиатрической экспертизы в Республике Беларусь.

1. Структура судебно-психиатрической экспертизы в Республике Беларусь и ее экспертные учреждения.

2. Порядок назначения и организация осуществления медицинского характера и лицам с психическими расстройствами.

3. Основания для назначения судебно-психиатрической экспертизы.

4. Требования, предъявляемые к судебно-психиатрическому эксперту, круг лиц, подлежащих судебно-психиатрической экспертизе, права и обязанности эксперта, виды судебно-психиатрических экспертиз.

5. Примерный перечень вопросов, решаемых при назначении судебно-психиатрической экспертизы. Заключение судебно-психиатрической экспертизы, ее оценка.

### 5. Анатомия и физиология нервной системы.

1. Головной мозг.

2. Анатомия и физиология промежуточного мозга.

3. Анатомия и физиология заднего мозга.

4. Анатомия и физиология промежуточного мозга.

5. Ретикулярная формация.

6. Анатомия и физиология конечного мозга

7. Спинной мозг.

8. Понятие об условных и безусловных рефлексах.

9. Понятие о психической деятельности человека, ее основных функциях.

### 6. Понятие о патопсихологии и психических заболеваниях.

1. Определение.

2. Виды ощущений в зависимости от механизма их возникновения. Нарушения ощущений.

3. Виды восприятия. Нарушения восприятия.

4. Внимание, его свойства; нарушения внимания, синдром дефицита внимания.

5. Память, её виды, расстройства памяти.

6. Мышление, его характеристики. Варианты патологии мышления.

7. Эмоции, основные типы эмоционального реагирования.

8. Воля, нарушения волевой сферы.
9. Сознание, синдромы расстройств сознания.
10. Расстройства личности.
11. Определение психических заболеваний, синдромы психических заболеваний.

**3.****7. Патологическое развитие характера. Психопатии.**

1. Определение понятия психопатий.
2. Диагностические критерии патологии личности.
3. Виды психопатий. Судебно-психиатрическая оценка.
4. Нарушение контроля над побуждениями и расстройства адаптации.
5. Расстройства половой идентификации и парафилии.

**4.****8. Олигофрении. Судебно-психиатрическая экспертиза при олигофрении.**

1. Определение понятия олигофрении.
2. Диагностические критерии и признаки олигофрений.
3. Эпидемиологическая справка.
4. Классификация олигофрений, клиническая картина.
5. Группы и формы олигофрений.
6. Отдельные формы олигофрений.
7. Судебно-психиатрическая экспертиза.

**5.****9. Временные психические расстройства.**

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

**6.****10. Реактивные состояния.**

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

**7.****11. Инволюционные психозы.**

1. Характеристика вопроса.
2. Инволюционная меланхолия.
3. Инволюционный параноид.
4. Инволюционная истерия.
5. Пресенильные психозы.
6. Пресенильные деменции.

7. Старческие психозы.
8. Судебно-психиатрическая оценка.

8.

**12. Травматические поражения головного мозга.**

1. История вопроса.
2. Классификация травматических повреждений.
3. Периоды травматического повреждения.
4. Клинические проявления травматического поражения мозга:
  - а) травматическая астения,
  - б) психопатоподобный синдром,
  - в) эпилептиформные проявления,
  - г) травматические психозы,
  - д) слабоумие.
5. Судебно-психиатрическая экспертиза.

9.

**13. Психические расстройства вследствие сосудистых заболеваний головного мозга.**

1. Характеристика сосудистых нарушений.
2. Стадии церебрального атеросклероза.
3. Клиническая картина сосудистых нарушений.
4. Судебно-психиатрическая экспертиза больных с сосудистой патологией.

10.

**14. Психические расстройства при синдроме приобретенного иммунодефицита (СПИД).**

1. Определение заболевания.
2. Реакция заболевших СПИД пациентов на заболевание.
3. Характеристика психических расстройств.
4. Судебно-психиатрическая экспертиза больных СПИДом.

11.

**15. Сифилитические заболевания центральной нервной системы.**

1. Общая характеристика сифилитической инфекции.
2. Сифилис мозга.
  - а) сифилитическая невралгия;
  - б) менингеальная форма;
  - в) гумозная форма;
  - г) аноплектиформный сифилис мозга;
  - д) эпилептиформный сифилис мозга;
  - е) галлюцинаторно-параноидная форма;
  - ж) сифилитический псевдопаралич;
3. Сухотка спинного мозга (табес).
4. Прогрессивный паралич.
5. Судебно-психиатрическая оценка сифилитических заболеваний мозга.

**16. Шизофрения.**

1. Определение шизофрении.
2. Причины развития.
3. Симптомы шизофрении.

4. Типы течения шизофрении (непрерывная, периодическая (рекуррентная), приступообразно-прогредиентная, протекающая в виде шубов).
5. Формы шизофрении (простая, гебефреническая, параноидная, кататоническая, циркулярная).
6. Судебно-психиатрическая оценка.

12.

**17. Биполярное расстройство (маниакально-депрессивный психоз, МДП, циклотимия).**

1. Общая характеристика биполярного расстройства.
2. Маниакальная фаза.
3. Депрессивная фаза.
4. Циклотимия.
5. Судебно-психиатрическая оценка.

13.

**18. Эпилепсия.**

1. Определение эпилепсии, этиология заболевания.
2. Судорожные кратковременные и бессудорожные пароксизмальные состояния.
3. Острые и затяжные психозы.
4. Изменения личности и слабоумие.
5. Судебно-психиатрическая оценка эпилепсии.

14.

**19. Хронический алкоголизм, наркомании, токсикомани.**

1. Характеристика алкоголизма.
2. Простое алкогольное опьянение.
3. Патологическое опьянение и его особенности.
4. Судебно-психиатрическая оценка простого и патологического алкогольного опьянения.
5. Хронический алкоголизм. Причины распространения.
6. Стадии алкоголизма.
7. Алкогольные психозы. Алкогольная деградация личности. Судебно-психиатрическая оценка.
8. Действие наркотиков на организм человека, развитие зависимости организма от потребления наркотиков.
9. Виды наркомании. Различия понятий «наркомания» и «токсикомания».
10. Судебно-психиатрическая оценка расстройств психики, возникающих в результате употребления наркотических и токсических средств.

15.

**20. Симуляция и диссимуляция психических расстройств.**

1. Понятие симуляции психического заболевания.
2. Виды симуляции – простая; на патологической почве (агравация, метасимуляция, сверхсимуляция (гиперсимуляция), диссимуляция).
3. Эпидемиологические различия видов симуляции.
4. Диссимуляция (истинная, патологическая).
5. Судебно-психиатрическая экспертиза.

16.

**21. Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних.**

1. Правовое положение несовершеннолетних.
2. Понятие пубертата.
3. Наиболее часто встречающиеся синдромы психических расстройств в подростковом возрасте.

4. Органические поражения центральной нервной системы у детей и подростков; шизофрения, олигофрения.

17.

**22. Суицид.**

1. Введение в проблематику.
2. Мифы в отношении 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...»\*

ликвидации реактивных наслоений, что может быть достигнуто проведением лечения в период стационарной судебно-психиатрической экспертизы или путём направления этих больных на лечение в психиатрические больницы до выхода из болезненного состояния, лишь, после чего может быть решён вопрос о вменяемости.

Достаточно сложны для судебно-психиатрической оценки постинсультные состояния у лиц с сосудистыми поражениями головного мозга.

При этом в остром периоде, протекающем с мерцанием сознания, частичным нарушением ориентировки в окружающем, с расстройствами речи, психопатологическими нарушениями, исключенными больными сделки должны признаваться недействительными.

В отдаленном периоде экспертная оценка определяется степенью и глубиной психических изменений, возникших после перенесенного мозгового кровоизлияния. При этом лица с выраженным постинсультным слабоумием признаются недееспособными. Отсутствие выраженных интеллектуально-мнестических расстройств, сохранность критики не препятствуют признанию лица дееспособным.

#### **Литература:**

1. Георгадзе З. О. «Судебная психиатрия». Учебное пособие для студентов вузов. - М.: Закон и право, ЮНИТИ-ДАНА, 2003. С.126-133
2. Морозов Г.В. Судебная психиатрия. «Юридическая литература», Москва. 1978. С. 219-226.

### **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.

**СПИД** – заболевание, передающееся медленным ретровирусом (Т - клеточный лимфотрофический вирус). Это вирус обладает лимфотропными и нейротропными свойствами и, следовательно, может непосредственно поражать нервную систему, вызывая разнообразные неврологические (миелопатия, невропатия) и психические расстройства (аффективные и психопатоподобные нарушения, деменцию, психозы).

ВИЧ обнаруживается в крови, сперме, слезах, цервикальных и вагинальных выделениях, слюне и спинномозговой жидкости, грудном молоке заболевших и носителей.

Среди психических расстройств выделяются расстройства:

- связанные с реакцией личности на факт заболевания СПИДом,
- и психические расстройства в результате органического поражения головного мозга.

**Реакция на заболевание.** Первой психологической проблемой, с которой сталкиваются больные СПИДом, является их социальная изоляция. У них распадаются семьи, от них отказываются родственники и друзья, их часто необоснованно увольняют с работы. Даже в больнице в специализированном отделении они чувствуют барьер между собой и окружающими: врачи и медицинский персонал разговаривают с ними на расстоянии вытянутой руки, стараются к ним не прикасаться, иногда откровенно выражают им свою брезгливость, отказываются выполнять необходимые им медицинские манипуляции. Особенно тягостно положение ВИЧ-инфицированных детей: их исключают из школ, лишают общения со сверстниками. Все это



вызывает у больных СПИДом негативную реакцию, приводит к развитию реактивных психических расстройств и может обусловить совершение ими различных асоциальных поступков.

**Психические расстройства**, связанные с реакцией личности на болезнь, отличаются атипичностью вследствие развивающегося органического поражения головного мозга. К ним относят реактивные состояния широкого диапазона: от психологической дезорганизации и аффективных и личностных расстройств до истерических, ипохондрических и параноидных психозов.

Прогрессирование заболевания примерно у половины больных вызывает развитие органических поражений головного мозга, которые проявляются снижением памяти, трудностями сосредоточения, апатией, явлениями физической и психической астении.

У больных сужается круг общения, появляются постоянная сонливость (летаргия), прогрессирующие головные боли. Эти проявления психоорганического синдрома появляются часто задолго до развития манифестных признаков ВИЧ-инфекции – лихорадки, обильного ночного пота, фарингита, лимфаденопатии, пневмонии и т.д.

**Первым признаком** СПИДа в 40% случаев бывает **депрессия**. Часто именно по поводу депрессивных нарушений больные обращаются в психиатрические учреждения, где у них и выявляются признаки СПИДа.

Основными в рамках органического поражения головного мозга являются аффективные нарушения, среди которых преобладают тревога и депрессия. Тревога сопровождается ажитацией, паникой, бессонницей, идеями самообвинения или чувством беспомощности и гнева, направленного на врачей и связанного с их беспомощностью в плане лечения заболевания. Это особенно характерно для больных, находящихся на длительном лечении в стационаре. Часто отмечаются суицидальные мысли, выраженные ипохондрические тенденции. Характерными являются обсессивно-компульсивные расстройства. Навязчивые опасения касаются и возможности случайного заражения родственников бытовым путем. Возможны случаи гомофобии и венерофобии.

Известны случаи шизофреноподобных, острых параноидных и депрессивных психозов, стойкие гипоманиакальные и маниакальные состояния, делириозные нарушения. Подобные психотические состояния могут длиться годами и непосредственно предшествуют признакам органического поражения головного мозга, так характерного для СПИДа.

Развитие органического поражения головного мозга в течение нескольких недель или месяцев заканчивается развитием **слабоумия с психомоторной ретардацией**, судорожными припадками, мутизмом, нарушениями сознания, удержанием мочи и кала, комой.

Заболевание СПИДом считается неизлечимым и заканчивается смертью больного. Причиной смерти являются тяжелые органические поражения головного мозга. Также причинами гибели таких больных могут быть развивающиеся при этом саркомы или другие злокачественные опухоли, а также различные соматические заболевания, в частности двусторонняя пневмония как наиболее частая причина смерти больных СПИДом.

**Судебно-психиатрическая оценка** должна основываться, прежде всего, на установлении биологической сущности заболевания (в данном случае ВИЧ-инфекция), определении его клинической формы, типа течения и степени выраженности имеющихся психических нарушений. Эта экспертиза очень сложна, так как диагностика ВИЧ-инфекции и СПИДа возможна только на основании специальных клинических и лабораторных исследований. Умышленное заражение ВИЧ-инфекцией является преступлением, ответственность по которому предусмотрена ст. 157 УК РБ.

Так как одной из форм передачи этого заболевания является половой путь, заражение может произойти при добровольном половом акте, при изнасиловании, развратных действиях, а также при мужеложстве. ВИЧ-инфекция, кроме того, может быть занесена в кровь при нарушении правил переливания и взятия крови; наркоманами, пользующимися для внутривенного введения наркотика одним шприцем, а также при других обстоятельствах, сопровождающихся возможностью перенесения ВИЧ-инфекции от больного здоровому через кровь.

Клинически выраженное слабоумие у пациента обычно не вызывает сомнений при его клинической квалификации и признании этого лица **невменяемым**. Однако следует учитывать, что у больных нередко сохраняются привычные стереотипные формы поведения, в связи с чем они могут внешне производить впечатление достаточно сохранных.

При отягощении основного заболевания различными добавочными вредностями у ВИЧ-инфицированных часто возникают различные по своей клинической структуре и глубине состояния психопатологии вплоть до психотических. При констатации психотических состояний в период совершения совершаемых им деяний эти лица также должны признаваться невменяемыми.

Однако чаще ВИЧ-инфицированные лица не утрачивают способности осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, в связи с чем они признаются вменяемыми. Это лица с психопатоподобными расстройствами, эпилептиформными синдромами, незначительными изменениями личности по психоорганическому типу.

Значительная аффективная неустойчивость, психическая инертность с концентрацией на отрицательно окрашенных переживаниях, вегетативно-сосудистая лабильность являются причиной возникновения у этих лиц в психогенно-травмирующей ситуации реактивные состояния, которые могут принимать затяжное течение. Возможны различные сочетания психогенных и органических психопатологических проявлений. В одних случаях под влиянием психической травмы обостряются и углубляются симптомы психоорганического дефекта личности, в других – психогенная реакция принимает форму органических симптомов, в-третьих – психогенная реакция маскирует психоорганический дефект, который обнаруживается только после сглаживания реактивных наслоений. Для более точной экспертной квалификации рекомендуется не решать диагностических и экспертных вопросов при первичном освидетельствовании, а направлять больных на принудительное лечение до сглаживания психогенных наслоений и уже после этого решать диагностические и экспертные вопросы.

#### Литература:

1. Георгавзе З. О. «Юридическая психиатрия». Учебное пособие для студентов вузов. - М.: Закон и право, ЮНИТИ-ДАНА, 2003. С.133-139.

### 15. Сифилитические заболевания центральной нервной системы

1. Общая характеристика сифилитической инфекции.
2. Сифилис мозга.
  - а) сифилитическая невралгия;
  - б) менингеальная форма;
  - в) гуммозная форма;
  - г) апоплектиформный сифилис мозга;
  - д) эпилептиформный сифилис мозга;
  - е) галлюцинаторно-параноидная форма;
  - ж) сифилитический псевдопаралич;