

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 шокковые 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...»\*

противосифилитическое лечение, испытуемые направляются на лечение в психоневрологическую больницу, а решение вопроса о вменяемости следует отложить до окончания всего курса лечения.

При нормализации ликвора и крови в результате лечения в психоневрологической больнице, отсутствии нарастания психических изменений даётся заключение о вменяемости и указывается на необходимость врачебного наблюдения за больным.

Отсутствие положительных серологических реакций при сифилисе мозга не должно вызывать решающего влияния на вынесение экспертного решения, поскольку возможно выявление глубокого слабоумия, психотических состояний (галлюцинаторно-параноидная форма, расстройство сознания), при которых серологические реакции могут быть отрицательными и без терапии. В таких случаях признание больных невменяемыми определяется глубиной расстройств интеллекта или наличием психотических расстройств в период совершения общественно опасных действий.

При возникновении сифилиса мозга после совершения правонарушения в случаях быстрого нарастания психического дефекта, несмотря на интенсивное противосифилитическое лечение, возникает вопрос о невозможности лица предстать перед следствием и судом, а осуждённому — отбывать наказание.

Больные спинной сухоткой в большинстве случаев признаются вменяемыми в связи с отсутствием у них значительных нарушений психики.

Судебно-психиатрическая оценка нелеченых случаев прогрессирующего паралича не вызывает трудностей, особенно, когда больной находится в стадии расцвета болезни. Установление диагноза прогрессирующего паралича в таких случаях определяет заключение о невменяемости.

Даже выявление начальной стадии прогрессирующего паралича ведёт к признанию испытуемого невменяемым, поскольку уже этой стадии болезни свойственны нарушения критики и другие существенные психические нарушения: расстройства внимания, расстройство влечений и др.

Лица с практическим выздоровлением после терапии, с восстановлением трудоспособности, санацией спинномозговой жидкости признаются вменяемыми. При вынесении решения о вменяемости должна также приниматься во внимание действительность наблюдаемого практического выздоровления, которая в этих случаях должна быть равна 4-5 годам.

Ухудшения состояния больных, в виде декомпенсации или психогенной реакции, нередко возникающих у леченых больных под влиянием психогенно-травмирующей ситуации, являются показанием для направления в психиатрическую больницу, так как эти лица не могут предстать перед судом и находиться в местах лишения свободы.

Больные с нелеченым прогрессирующим параличом признаются недееспособными даже в начальной стадии болезни. Вопрос о дееспособности решается положительно при глубокой терапевтической ремиссии с восстановлением трудоспособности, хорошей социальной компенсацией. При восстановлении профессиональных прежних знаний и навыков, но с наличием расстройств критики, неспособностью к правильной оценке ситуации в целом больные признаются недееспособными.

#### **Литература:**

1. Морозов Г.В. Судебная психиатрия. «Юридическая литература». Москва. 1978. С. 210-219.
2. Ли С.П. «Судебная психиатрия» УМК, Минск, изд-во МИУ, 2006. С. 43-44.

### **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.

**Шизофрения** (от гр. schiso – расщепляю, раскалываю, phren – душа, ум, рассудок; раннее слабоумие; болезнь Блейлера) – наиболее распространенное психическое заболевание, протекающее или хронически в виде приступов, или непрерывно и приводящее к характерным изменениям личности – так называемому **шизофреническому дефекту**, при котором возникает различной степени **эмоциональное обеднение и аутизм**. При этом память, интеллект и приобретённые до заболевания знания могут оставаться без значительных изменений. Несмотря на их сохранность, при шизофрении очень часто происходит снижение, а нередко и полная утрата трудоспособности.

Шизофрения в качестве единого заболевания выделена в 1896 г. немецким психиатром Э. Крепелином, а современное название приобрело в 1911 г. (Э. Блейлер).

Шизофрения относится к эндогенным заболеваниям, ее клинические проявления очень разнообразны. При ней могут наблюдаться почти все известные в психиатрии симптомы и синдромы. Имеются достоверные данные о значении наследственного предрасположения при заболевании шизофренией, однако причина ее возникновения до настоящего времени неизвестна.

В психиатрических больницах лица, страдающие шизофренией, по приблизительным подсчетам, составляют около половины всех больных. Среди осужденных больных, совершивших общественно опасное деяние, на первом месте также больные шизофренией. Данное обстоятельство свидетельствует о её большом судебно-психиатрическом значении.

Болезнь начинается чаще всего в возрасте от 15 до 25 лет, что дало повод первоначально назвать её «раннее слабоумие». Однако она может возникнуть и у лиц моложе 15 лет – детская и подростковая шизофрения или же в зрелом возрасте и старости – старческая, поздняя шизофрения.

Шизофрения отличается многообразием клинических проявлений на всех этапах своего развития – начальном, манифестном, остром и исходном.

Несмотря на многообразие симптомов, и синдромов шизофрении, при шизофрении всегда есть типичные проявления, общие для всех больных. Эти нарушения встречаются при всех формах шизофрении, но степень их выраженности различна. Их называют "негативными" симптомами, поскольку они отражают тот ущерб для психики больного, который наносит болезнь. В наибольшей степени при шизофрении поражаются эмоциональная и волевая сферы.

Шизофрения характеризуется следующими основными признаками.

**1. Эмоциональное снижение.** Оно начинается с нарастающей эмоциональной холодности больных к своим родным и другим близким людям, безразличия к окружающему, безучастности к тому, что непосредственно относится к больному, утраты прежних интересов и увлечений. В начале заболевания может быть ничем не мотивированная неприязнь больного к кому-либо из родных (часто к матери), хотя родные его любят и заботятся. Некоторые больные осознают происходящие с ними изменения, жалуются на потерю способности радоваться жизни, любить, сопереживать, волноваться и страдать как раньше, но не в силах ничего сделать, так как управлять не своими эмоциями, не поведением они не могут.

У некоторых наблюдается **эмоциональная амбивалентность** – одновременное существование двух противоположных эмоций, например любви и ненависти, интереса и отвращения.

**Амбигентность** – расстройство, аналогичное амбивалентности, проявляющееся двойственностью стремлений, побуждений, действий, тенденций. Так, человек считает себя одновременно и больным, и здоровым, хочет услышать слова одобрения, но все делает для того, чтобы его ругали, протягивает руку за каким-то предметом и тут же отдергивает ее.

Это может сказываться и на поведении больного шизофренией. Он ласкает своего ребенка или подругу и, одновременно, причиняет боль, после нежных слов может без всякого повода дать пощечину, толкает и щиплет или кусает.

Может наблюдаться **диссоциация эмоциональной сферы** – больной смеется, когда произошло печальное событие, или плачет при радостном событии. Больные равнодушны к смерти своих родных, тяжелой утрате и печалются, увидев растоптанный цветок или больное животное. Все эмоциональные проявления ослабевают. Вначале бывает притупление эмоций, а затем развивается эмоциональная тупость.

**Эмоциональная тупость** – это недостаточность (бедность) эмоциональных проявлений, равнодушие, безразличие к своим близким родственникам, огрубление чувств. Утрачивается интерес и к самому себе, своему состоянию и положению в обществе, отсутствуют планы на будущее. Это состояние необратимо.

**2. Нарушения волевой деятельности.** Одновременно с эмоциональным снижением может происходить и волевое оскудение. В самых выраженных случаях волевые нарушения называются абулией.

**Абулия** (от греч. bule – воля, а – отсутствие, отрицание) – частичное или полное отсутствие побуждений к деятельности, утрата желаний, в выраженных случаях – полная безучастность и бездеятельность, прекращение общения с окружающими.

При утяжелении абулии больных ничто не волнует, ничто не интересует, у них отсутствуют реальные планы на будущее, они не проявляют интереса к своей дальнейшей судьбе, им все безразлично. Окружающее тоже не привлекает их внимания, больные целыми днями молча и безучастно лежат в постели или сидят в одной позе. Они перестают элементарно обслуживать себя, не моются, естественные надобности справляют под себя или где попало.

При сочетании абулии с апатией говорят об апатоабулическом синдроме, при сочетании с обездвиженностью – об абулическо-акинетическом синдроме.

**Аутизм** (от греч. autos – свой) – утрата контактов с окружающими, уход от действительности в свой внутренний мир, в свои переживания. Это не просто замкнутость, которая бывает при шизоидной психопатии и некоторых других личностных расстройствах. Аутистичным, на ранних этапах шизофрении, может быть и человек, формально контактирующий с окружающими, но в свой внутренний мир он никого не допускает, этот мир закрыт для всех, включая самых близких больного людей.

При выраженном аутизме теряются все прежние связи с друзьями, знакомыми и родными. В тяжелых случаях возникает недоступность – невозможность контакта с больным, обусловленная наличием у него психических расстройств (негативизма, бреда, галлюцинаций, расстройств сознания).

**Негативизм** (от лат. negativus – отрицательный) – бессмысленное противодействие, немотивированный отказ больного от любого действия, движения или сопротивление его осуществлению.

Больной бывает пассивным, не выполняет то, о чем его просят, или сопротивляется попытке изменить позу, положение тела. Он может быть и активным, когда любые просьбы или указания вызывают противодействие, например, больному протягивают руку для рукопожатия, а он прячет свою руку за спину, но как только врач убирает руку, больной протягивает свою.

При парадоксальном негативизме действия больного противоположны просьбам. Так, врач просит его подойти поближе, а он выходит из кабинета.

Речевой негативизм проявляется мутизмом.

**Мутизм** (от лат. mutus – немой) – это нарушение волевой сферы, проявляющееся в отсутствии ответной и спонтанной (произвольной) речи при сохранении способности больного разговаривать и понимать обращенную к нему речь.

**3. Формальные нарушения мышления.** Нарушения мышления при шизофрении называются формальными, так как они касаются не содержания мыслей, а самого мыслительного процесса. Прежде всего, это затрагивает логическую связь между мыслями. На поздних этапах логическая связь утрачивается даже в пределах одной фразы. В самых тяжелых случаях наблюдается разорванность мышления, что проявляется и в разорванности речи – речь больных состоит из сумбурного набора отрывков фраз, совершенно не связанных между собой (**словесная окрошка**).

В менее выраженных случаях наблюдается "**соскальзывание**" мыслей – логичный переход от одной мысли к другой, его сам больной не замечает.

Нарушения мышления выражаются и в **неологизмах** (от греч. neos – новый, logos – речь, учение) – новообразованиях, выдумывании новых вычурных слов, которые понятны только самому больному, но непонятны окружающим. Диапазон неологизма может быть от нескольких придуманных слов до **создания больным шизофренией собственного языка**.

Нарушением мышления при шизофрении является **резонерство** – бесплодные рассуждения на посторонние темы, которые могут не иметь никакого отношения к больному. Здесь больше подходит термин «рассуждательство», которое в отличие от рассуждений непродуктивно, пространно, зачастую лишено логики, но логично с точки зрения больного.

Могут быть и такие нарушения, как **неправильный поток или два параллельно текущих потока мыслей**, внезапные перерывы или "обрывы" в процессе мышления.

Помимо этих, наиболее общих для всех больных шизофренией негативных симптомов, наблюдается и так называемая продуктивная симптоматика – продукция болезненных проявлений (бред, галлюцинации, псевдогаллюцинации и др.), а также помрачение сознания.

Сочетание продуктивной симптоматики при шизофрении с негативной симптоматикой приводит к образованию характерных для шизофрении синдромов с закономерной динамикой.

Для шизофрении характерна **прогредиентность течения заболевания** – неуклонное нарастание, прогрессирование и усложнение симптоматики. Степень прогредиентности может быть различной – от вялотекущего процесса до высококачественно-прогредиентных форм.

Исход шизофрении раньше был один – **дефект, дефектное состояние** с выраженным апатоабулическим синдромом, поскольку лечить это заболевание было нечем, но современная психиатрия располагает широким спектром психофармакологических средств, которые оказывают влияние на все психические нарушения при шизофрении. У психиатров появились большие возможности по лечению, реабилитации и социальной адаптации, больных шизофренией.

Немало случаев, когда после перенесенного приступа у больных наблюдались ремиссии (ослабление болезни, когда продуктивная симптоматика исчезает) по 10–25 лет, и они могли успешно работать, занимаясь высокопрофессиональной деятельностью, в том числе творческой.

Кроме прогредиентных форм шизофрении, есть и другие, менее прогредиентные (малопрогредиентные, мягкие), когда больные даже не нуждаются в помещении в психиатрическую больницу, а могут принимать лекарственные препараты в амбулаторных условиях (дома, под контролем участкового психиатра).

Среди большого числа болезненных расстройств и дополнительных факторов **основными являются тип течения** болезни и **особенности симптомов**, характеризующих болезнь. Оба параметра во многом взаимосвязаны.

В зависимости **от типа течения** болезни **выделяют три** основные формы шизофрении:

- непрерывную форму,
- периодическую (рекуррентную) форму болезни,
- приступообразно-прогредиентную форму (протекающую в виде шубов).

Рассмотрим наиболее исследованные формы шизофрении.

#### **Непрерывная шизофрения**

В зависимости от степени тяжести (прогредиентности) непрерывной шизофрении выделяют:

- злокачественную форму,
- умеренно прогредиентную форму,
- и вялопротекающую шизофрению.

**Злокачественная** шизофрения. Начинается в детском и подростковом возрасте. Мужчины болеют в три раза чаще, чем женщины.

Первыми симптомами болезни являются исподволь нарастающие личностные изменения. Снижаются, а затем исчезают прежние привязанности, теряются друзья и знакомые. В отношении к близким людям, наряду с углубляющимся равнодушием, проявляются раздражение, неприязнь, грубость, вплоть до тупой злобы. Нередко больные говорят о родителях как о своих злейших врагах. Одновременно теряется интерес к окружающему, исчезает юношеская любознательность. Появляющиеся у пациентов вялость и пассивность влияют на катастрофически падающую успеваемость. Стремление некоторых больных компенсировать низкую психическую продуктивность упорными, даже изнурительными занятиями успеха не приносят.

Такая психическая несостоятельность может сопровождаться одновременным появлением до тех пор отсутствующих интересов. Больные начинают поверхностно и беспорядочно читать философские или религиозные книги – так называют **философская интоксикация**. Пациенты обращают своё внимание на дисциплины, изучаемые в классах; разрабатывают собственные методы физического и духовного совершенствования или же обращаются с этой целью к различным религиозно-философским учениям, например, к дзенбуддизму; необычным упорством стремятся к коллекционированию и т.д. Их личность приостанавливается в своём развитии.

На фоне первичных личностных изменений могут возникать отдельные продуктивные симптомы. Наиболее важным для судебной психиатрии являются психопатоподобные симптомы с расстройствами влечений – употребление алкоголя и различных наркотических средств, воровство, сексуальные эксцессы, бродяжничество.

Во всех случаях, когда преобладают перечисленные выше негативные симптомы – личностные изменения, а такие симптомы, как бред, галлюцинации и тому подобные нарушения отсутствуют – говорят о простой форме шизофрении.

Чаще происходит дальнейшее усложнение заболевания, наступающее через 1-4 года после его начала. Появляются галлюцинаторные, бредовые, аффективные и кататонические расстройства. Их характеризует одна основная черта – они не развёрнуты (рудиментарны) и, наслаиваясь друг на друга, зачастую делают невозможным определение преобладающего психического расстройства.

Два - четыре года обычно составляют продолжительность манифестного периода болезни, после которого наступает малоизменчивое конечное состояние, определяющееся эмоциональной тупостью, резким снижением целенаправленности волевых побуждений и позитивными остаточными симптомами.

Общественно опасные деяния совершаются больными, как на начальном этапе, так и в период появления собственно психотических расстройств – бреда, галлюцинаций и т.д. Нередко в основе совершения общественно опасных деяний лежат выраженные изменения их личности и импульсивные действия.

**Умеренно прогрессивная шизофрения (бредовая, параноидная)** начинается в возрасте 25–30 лет. Для этой формы обычно характерны бредовые расстройства. Возникновению типичного бреда предшествует инициальный период, во время которого у больных могут наблюдаться навязчивости и другие невротоподобные расстройства (подозрительность, тревожность). Этот период может продолжаться несколько лет. Затем наступает паранойяльный этап болезни. Постепенно формируются своеобразные комплексы патологических сверхценных и бредовых идей различного содержания (отравления, преследования, ревности, ипохондрический, любовный и др.).

Паранойяльный этап продолжается от двух-трех до 15–20 лет. Последующий этап заболевания определяется присоединением к бреду галлюцинаций и симптомов психического автоматизма (синдром Кандинского – Клерамбо). Усложнение болезни протекает с усилением тревоги, страхом, отчетливой растерянностью, чувством грозящей опасности, иногда кататоническими симптомами.

В дальнейшем, симптомы обострения сглаживаются и на первый план выступают или проявления психического автоматизма, в первую очередь псевдогаллюцинации (галлюцинаторный вариант параноидной шизофрении), или бредовые различные идеи (преследования, ревности и др.), а психические автоматизмы остаются неразвернутыми (бредовой вариант параноидной шизофрении).

Противоправные действия часто совершаются на фоне обострения симптомов психоза во время перехода болезни во второй этап. В последующем может произойти усложнение клинической картины заболевания, появление бреда величия.

У лиц с **вялым течением шизофрении** не наблюдается острых психотических состояний. В начале заболевания отмечаются невротоподобные расстройства, неопределенные жалобы соматического характера, немотивированные колебания настроения, возникающие без объективных причин, чувство усталости. Медленное развитие болезни позволяет больным длительное время сохранять социальную адаптацию. Больные с невротоподобными расстройствами (истерическими проявлениями, навязчивостями, астенией) редко совершают противоправные деяния.

Иногда **вялотекущая** шизофрения сопровождается отчетливо психопатоподобными проявлениями. Присутствие таких симптомов, как возбудимость, раздражительность, злобность, неустойчивость настроения, склонность к дисфориям, внушаемость, сочетающихся с эмоциональным и волевым снижением, является благоприятной почвой для совершения различных антисоциальных действий. Больные интравертированы, малодоступны, имеют поверхностные контакты с окружающими, оппозиционное к ним отношение (в том числе и к членам семьи), причем оппозиционность, негативизм принимают гротескный, зафиксированный характер. Поведение отличается неадекватностью, обычно включает элементы дурашливости. Мышление носит аморфный, иногда паралогичный характер. Инфантильные и внушаемые больные легко входят в антисоциальную среду, обычно склонны к злоупотреблению алкогольными напитками и наркотическими средствами, бродяжничеству, беспорядочным сексуальным связям. В связи с этим раньше их относили к группе так называемых **«нравственно помешанных»**. Такие больные склонны к совершению изнасилований, хулиганских действий и краж, т.е. представляют повышенную социальную

опасность для общества. В состоянии алкогольного опьянения больные могут совершить самые различные, в том числе и наиболее тяжкие, деликты.

Особое место среди больных с вялотекущей шизофренией с психопатоподобными проявлениями занимают лица с выраженными расстройствами в сфере влечений, так называемые **гебоиды**. **Гебоидная шизофрения** протекает как вялотекущий процесс с психопатоподобными проявлениями в виде многолетнего приступа расстройств в сфере влечений (гебоидов), склонности к сексуальным эксцессам, иждивенческому образу жизни, бродяжничеству, kleptomании, асоциальным действиям.

Неспособные к сколько-нибудь продолжительному труду, большинство таких больных, вскоре после заболевания, начинают вести иждивенческий образ жизни. Знакомясь с подобными себе лицами или же в одиночку, они начинают пьянствовать, употреблять наркотики, воровать, вступать в беспорядочные половые связи. Они могут жить и на одном месте, но нередко у них появляется неудовольствие, потребность к перемещениям, и они превращаются в настоящих бродяг.

Склонность к асоциальным поступкам очень велика. Исследования последних лет показали, что в большей части случаев шизофрения с гебоидными расстройствами представляет собой не хронически текущее заболевание, а многолетний (от 4-5 до 10-15 лет) стёртый приступ. А при своевременно начатом лечении можно предупредить те последствия, которые очень часто встречаются у таких лиц, когда они оказываются вне больничных стен (развитие симптоматического алкоголизма или наркомании, делавших в прошлом таких больных неизлечимыми).

#### **Периодическая шизофрения (рекуррентная)**

Эта форма отличается возникновением острых, относительно кратковременных, психотических приступов, перемежающихся светлыми промежутками (ремиссиями). Обычно первые приступы развиваются в определенной последовательности и в ряде случаев, при повторных возвратах болезни, сохраняют прежнюю структуру (тип клише).

В развитии приступов рекуррентной шизофрении можно выявить определенную последовательность развития психопатологических расстройств.

Сначала возникают аффективные нарушения. Пониженное настроение всегда сочетается с тревогой, капризностью, обидчивостью, слезливостью. Гипоманиакальные состояния сопровождаются восторженностью, умилением, чувством прозрения. Противоположные по структуре аффективные синдромы могут сменять друг друга. При углублении болезни начинают преобладать тревога, страх либо восторженно-экстазичные состояния. Нарастает двигательное возбуждение или, напротив, появляется заторможенность. В дальнейшем возникает различный по содержанию образный бред. В своем последующем развитии бред изменяется в сторону нарастания фантастического содержания. Он окрашивается наплывами воспоминаний прошлого, приобретённые знания, происходящее вокруг. Если ранее у больного преобладало двигательное возбуждение, то теперь оно всё чаще сменяется состояниями безразличности и, наконец, на высоте приступа развивается ступор с онейроидным помрачением сознания.

Если всё ограничивается появлением только аффективных расстройств, то это говорит о **циркулярной шизофрении**, в случаях преобладания депрессивных расстройств и депрессивных форм бреда (самообвинения, обвинения), а также острого бреда – о **депрессивно-параноидной шизофрении**, при развитии приступа с онейроидом – **об онейроидной кататонии**.

Частота приступов различна – от одного на протяжении всей жизни до многих десятков. Особенности ремиссий зависят от многих факторов, прежде всего от частоты и структуры приступов. Чем приступы чаще и сложнее, тем ремиссия хуже, и наоборот. Обычно изменения личности при рекуррентной шизофрении

возникают лишь после ряда приступов. Они проявляются снижением психической активности и сужением круга интересов.

### **Приступообразно-прогредиентная (протекающая в виде шубов) шизофрения**

Эта форма шизофрении протекает в форме приступов самой различной структуры с наличием в доманифестном периоде (т.е. до развития психоза) и с сохранением в межприступных промежутках всех тех расстройств, которые встречаются при вялотекущей шизофрении. Т.е. данная форма сочетает в себе признаки острого и вялого течения.

В доманифестном периоде могут отмечаться невротоподобные, различные психопатоподобные и паранойяльные расстройства. Среди последних для судебной психиатрии имеют наибольшее значение состояния с аффективной неустойчивостью, возбудимостью, различными расстройствами влечений, сутяжным поведением, бредовой настроенностью. Спустя различные периоды времени (от 2 до 20 и более лет), на фоне перечисленных симптомов возникают острые психозы, напоминающие те, которые встречаются при рекуррентной шизофрении. Но при этой форме присутствуют такие синдромы, как острый вербальный галлюциноз, развёрнутый синдром Кандинского-Клерамбо и др.

При приступообразно-прогредиентной шизофрении, определяющие приступ расстройства, возникают без всякой последовательности, хаотично. Однако от приступа к приступу отмечаются все более заметные изменения личности и нарастание слабоумия. Чем сильнее приступ, тем он обычно продолжительнее. Криминогенность больных рекуррентной и приступообразно-прогредиентной шизофренией в период манифестного психоза сравнительно невысока, так как они своевременно направляются в психиатрические больницы. Совершение общественно опасных действий этими больными возможно в самом начальном периоде заболевания при наличии таких расстройств, как растерянность, острый чувственный бред, психические автоматизмы, двигательное возбуждение с импульсивными действиями на фоне тревоги или страха. Большинство противоположных действий совершаются больными приступообразно-прогредиентной шизофренией в период ремиссии.

### **Формы шизофрении**

Различают **пять основных «классических форм шизофрении»:**

- простую форму,
- гебефреническую форму,
- параноидальную форму,
- кататоническую форму
- и шизоидальную форму шизофрении.

### **Простая шизофрения**

Простая шизофрения обычно развивается медленно, в юношеском возрасте. При ней на первый план выступают негативные расстройства. Клинические проявления характеризуются главным образом нарастающими изменениями личности больного. Изменения развиваются постепенно: снижается психическая продуктивность, утрачивается интерес к окружающему, нарастает эмоциональное обеднение, отмечаются расстройства мышления, трудность, а порой и невозможность осмыслить и понять содержание задания, прочитанное. Больные дублируют классы и вообще бросают учебу. Другие психопатологические проявления: бредовые идеи, галлюцинации – наблюдаются в рудиментарной форме в виде нестойких идей отношения, воздействия и слуховых обманов, но, в основном, не характерны для этой формы шизофрении.

Падение энергетического потенциала нередко сопровождается явлением так называемой метафизической интоксикации: больные принимают за изучение глобальных философских, научных проблем (смысл бытия, происхождение жизни и т.д.), затрачивают массу времени на чтение специальной литературы по этим вопросам; каких-либо практических результатов эта деятельность не приносит. Больные бывают не в состоянии не только изложить общий смысл своих интересов, но и сообщить элементарные сведения о прочитанном.

Эмоциональная дефицитарность проявляется, прежде всего, в ухудшении отношения к родителю, в появлении эмоциональной холодности, раздражительности и агрессивности. В дальнейшем у больных наступает и полное безразличие к собственной личности: они перестают следить за собой, не моются, ничего не делают и т.д. Становятся холодными эгоистами, безучастными к происходящим вокруг них событиям, стремятся к уединению, жалуются на потерю мыслей, «пустоту в голове». Эти изменения могут перейти в конечное состояние – апатико-абулическое с рудиментарными психическими расстройствами.

### Гебефреническая шизофрения

По своему развитию эта форма похожа на простую шизофрению, она начинается чаще в подростковом возрасте с падения психической активности, энергетического потенциала или появления эмоциональной дефицитарности.

Однако при данной форме заболевания наряду с негативными расстройствами выступает **гебефренический синдром**, для которого характерна дурашливость, глупость поведения, суетливость, стереотипность движений на фоне необоснованного повышенного настроения. Больные кувыркаются, прыгают, хлопают в ладоши, гримасничают. Речь носит разорванный характер.

На фоне изменений личности возникает острое психотическое состояние с бредовыми галлюцинаторными переживаниями, дурашливым, нелепым поведением, настроение характеризуется пустой эйфорией с возможными периодами злобного и агрессивного поведения. В дальнейшем наблюдается нарастание апатии, вялости с переходом в конечное состояние с рудиментарными кататоническими, бредовыми и галлюцинаторными проявлениями.

Эта форма шизофрении имеет крайне неблагоприятный прогноз, отличается злокачественностью течения и быстрым развитием глубокого слабоумия.

### Параноидная шизофрения

Эта форма развивается обычно в зрелом возрасте, в 30-40 лет, она исчерпывается на всём своём протяжении наличием моно- или политематического бреда. Это бред ревности, изобретательства, преследования, ущерба, сенситивный бред отношения, ипохондрический, религиозный, сутяжный или бред эротического характера.

Как правило, бредовые расстройства, особенно начиная со второй половины жизни, сочетаются с лёгкими гипоманиакальными и субдепрессивными изменениями настроения, которые всегда влекут за собой усиление бредовых идей, появление или усиление бредовой активности, в том числе и расстройств типа «преследуемого - преследователя». Болезнь развивается очень медленно, в связи с чем профессиональные и другие возможности больных вначале страдают мало, а в тех случаях, когда преобладают лёгкие гипоманиакальные расстройства, их деятельность оказывается даже высокой. Правда, со временем, при постепенно нарастающих изменениях личности, повышенная работоспособность начинает касаться, в основном, не профессии, а дел, имеющих непосредственное отношение к бреду. Это изыскание способов разоблачения «измен» жены и жалобы на её мнимых поклонников; многочисленная переписка и личные обращения с ходатайствами уже не о внедрении своего изобретения, а о наказании тех, кто этому

помешал; разработка мер по защите собственного имущества и постоянные тяжбы со своими мнимыми обидчиками. При паранойяльной шизофрении, особенно в группе изобретателей и сутяжных личностей встречаются больные с такими изменениями личности, которые окружающими могут восприниматься как проявление чудачества и оригинальности. В других, более многочисленных случаях, на первый план выступают психопатоподобные изменения (упрямство, раздражительность, утрированный педантизм, склонность к возбудимости, злопамятность, придирчивость). В далеко зашедших случаях бред начинает постепенно распадаться и на первый план выступают симптомы апатического слабоумия.

По проявлениям криминогенности, больные паранойяльной шизофренией стоят ближе к группе лиц, у которых имеется вялотекущая шизофрения с психопатоподобными расстройствами.

### **Кататоническая шизофрения**

В кататонической шизофрении превалирует симптоматика кататонического синдрома – симптомами «капошона», «восковой гибкости», «воздушной подушки» Дюпре, с гиперкинетической мимикой. Эта форма характеризуется ранним началом (22-30 лет). Ведущими психопатологическими проявлениями являются двигательно-волевые расстройства: наблюдаются субступорозные и ступорозные состояния, которые могут чередоваться с импульсивными поступками и кататоническим возбуждением. У больных выявляются также бредовые и галлюцинаторные переживания, а также эмоционально-волевое изменение личности по шизофреническому типу. Конечное состояние обычно характеризуется глубоким вялоапатическим дефектом и кататонической симптоматикой.

Известны случаи, когда больные кататонической формой шизофрении, годами лежавшие обездвиженными, при появлении опасности – наводнение, пожар – быстро вскакивали и спасались бегством. Это указывает на то, что обездвиженность больных носит функциональный характер.

**Фебрильная кататония** (особо злокачественная форма) является наиболее тяжелым злокачественным видом шизофренического психоза. Фебрильные приступы возможны как при рекуррентной, так и при приступообразно-прогредиентной форме шизофрении. Клиническая картина фебрильного приступа выглядит в виде резко выраженных кататонико-онейроидных расстройств.

Повышенная температура (общая фебрилитет) обычно бывает с начала приступа, с последующим резким повышением в период разрывания кататонического состояния. Общая длительность лихорадочного состояния значительно превышает приступ (от нескольких недель до двух-трех месяцев). Иногда температура достигает высоких цифр (39-40°C). Типичен внешний вид больных. Это – лихорадочный блеск глаз, сухие губы, покрытые гморозическими корками, у больных сухой красный или обложенный налётом язык, гиперемия кожных покровов. Нередко бывают герпес, кровоподтеки на шее, спонтанные носовые кровотечения, аллергические высыпания.

Иногда, напротив, при высокой температуре этих лихорадочных признаков не наблюдается. Отмечаются патологические реакции со стороны сердечно-сосудистой системы: ослабление сердечной деятельности с падением артериального давления, учащенный слабый пульс.

При развитии аментивноподобного состояния у больного шизофренией возбуждение становится беспорядочным, хаотичным, а речь совершенно бессвязной (отдельные звуки, слоги, обрывки фраз).

Может наступить смерть от сердечной недостаточности (иногда на фоне мелкоочаговой пневмонии) в стадии аментивноподобного или гиперкинетического возбуждения при их переходе в кому. Обратное развитие приступа происходит после минования фебрильных явлений. В этом случае клиническая картина заболевания приобретает вновь типичный для рекуррентной или приступообразно-прогредиентной шизофрении вид.

### Циркулярная шизофрения

Эта форма чаще развивается у людей среднего возраста. Клиническая картина её состоит из периодически возникающих то маниакальных, то депрессивных фаз с включением галлюцинаторных и галлюцинаторно-бредовых расстройств, а также синдрома Кандинского-Клерамбо. Отмечается недостаточная эмоциональная насыщенность маниакальных и депрессивных приступов.

Заболевание протекает относительно благоприятно.

**Судебно-психиатрическая оценка лиц, страдающих шизофренией** с различным типом течения, зависит от ряда факторов. В тех случаях, когда клиническая картина психоза или отчетливые изменения личности в период ремиссии (симптомы дефекта в эмоциональной, волевой и когнитивной сферах) не вызывают сомнения в отношении диагноза шизофрении, лицо **признается невменяемым**. Это хроническое психическое расстройство, когда даже ремиссия (улучшение состояния) носит нестойкий и неглубокий характер.

Если правонарушение совершается больными шизофренией, в прошлом перенесшими психотический приступ, в период стойкой и глубокой ремиссии без отчетливых изменений личности, то они обычно **признаются вменяемыми**.

При развитии шизофрении уже после совершения правонарушения в период следствия или после осуждения, во время нахождения в местах лишения свободы больные освобождаются от отбывания наказания (ч. 1 ст. 81 УК, ст. 362 УПК), хотя в отношении лиц, криминируемых им деяний они признаются вменяемыми. Таким больным суд может назначить принудительные меры медицинского характера в психиатрическом стационаре.

Способность свидетелей и потерпевших, страдающих шизофренией, участвовать в судебно-следственном процессе, правильно воспринимать обстоятельства по делу и давать о них верные показания обязательно должна оцениваться с учетом охранительных сторон их психической деятельности, а также в зависимости от характера анализируемой криминальной ситуации, участниками которой они оказались.

Довольно часто больные шизофренией проходят судебно-психиатрическое освидетельствование в гражданском процессе, когда решаются вопросы их дееспособности и установления над ними опеки.

#### Литература:

1. Морозов Г.В. Судебная психиатрия. «Юридическая литература». Москва. 1978. С. 152-168.
2. Ли С.П. «Судебная психиатрия» УМК, Минск, изд-во МИУ, 2006. С. 44-45.
3. Кирпиченко А. Психиатрия». Минск. «Вышэйшая школа». 1984. С. 107-124.
4. «Клиническая психиатрия» Руководство для врачей и студентов. Каплан Г. Перевод с англ. М., 1999. С. 214-222, 233-241, 269-279.
5. «Клиническая психиатрия» Руководство для врачей и студентов. Каплан Г. Перевод с англ. М., 1999. с. 111-112.
6. Георгадзе З. О. «Судебная психиатрия». Учебное пособие для студентов вузов. - М.: Закон и право, ЮРИТИ-ДАНА, 2003. С.103-116.

### 17. Биполярное расстройство

(маниакально-депрессивный психоз, МДП, циклотимия)

1. Общая характеристика биполярного расстройства.
2. Маниакальная фаза.
3. Депрессивная фаза.