

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 медико-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 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...»*

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.

4. Циклотимия.

5. Судебно-психиатрическая оценка.

Биполярное расстройство (маниакально-депрессивный психоз, циркулярный психоз, циклофрения, циклотимия) проявляется в типичных случаях периодически возникающими маниакальными и депрессивными фазами. Длительность фаз различна и составляет от нескольких недель до нескольких лет, средняя составляет три – шесть месяцев. Приступы заболевания обычно разделены периодами полного психического здоровья (интермиссии). Женщины составляют 70% больных маниакально-депрессивным психозом. Первая манифестная, т.е. требующая стационаризации больного, фаза развивается между 35 и 55 годами.

Причина этого психоза остается до сих пор невыясненной, однако в 80% случаев выявляется наследственная отягощенность данными, а также другими психическими заболеваниями.

Маниакальная фаза проявляется тремя основными клиническими признаками:

- 1) повышенным, радостным настроением;
- 2) ускорением интеллектуальных процессов;
- 3) речевым и двигательным возбуждением.

Эти симптомы в типичных случаях определяют состояние больного в течение всей маниакальной фазы.

Маниакальное возбуждение отличается ярко выраженным, повышенным настроением, возникающим без видимой причины. Все окружающее рисуется больному в привлекательных красках, внимание не задерживается подолгу на неприятных событиях, имеющих даже непосредственное отношение к больному. Больные не считают с настроением окружающие и поэтому нередко становятся бестактными, назойливыми; повышенное настроение и снижение критики сопровождаются переоценкой собственной личности. Идеи величия обычно сводятся к нелепым хвастовствам несистематизированным и меняющимся по содержанию утверждениям о каком-либо своем таланте, остроумии, внешней привлекательности, большой физической силе и т.д. Может появиться улучшение памяти на прошлое, сопровождающееся нарушением забывания. В таком состоянии больные нередко дают необоснованные и невыполнимые обещания, совершают хищения, растраты для удовлетворения возникающих многочисленных желаний. Маниакальное состояние сопровождается также расторможением и усилением влечений (пищевое, сексуальное). Особое значение имеет сексуальное возбуждение, проявляющееся в половой распущенности. Сексуальная расторможенность усиливается при приеме алкоголя.

По выраженности маниакального синдрома различают: легкое (гипоманиакальное) состояние, описанное выше, выраженное маниакальное состояние и резкое маниакальное возбуждение (неистовство), при котором может развиться состояние спутанности, сопровождающееся агрессивными, разрушительными действиями, направленными на все окружающее.

Депрессивная (меланхолическая) фаза как бы противоположна маниакальной фазе. По клиническим проявлениям она характеризуется пониженным, тоскливым настроением, замедленностью интеллектуальных процессов и психомоторной заторможенностью. Тоска может стать безысходной, сопровождается субъективными ощущениями безразличия к здоровью и судьбе близких людей, что больные особенно тяжело переживают, терзаясь мыслями о собственной черствости, бездушии.

Для депрессивной фазы характерны бредовые идеи самообвинения, самоуничтожения, греховности, содержание которых может определяться сверхценным отношением к незначительным проступкам в прошлом. Больные нередко совершают попытки самоубийства, которые для окружающих тем более

неожиданны, чем менее выражено клинически депрессивное состояние больного и чем более тщательно диссимилируются суицидальные мысли и намерения. Психомоторная заторможенность может иногда неожиданно прерываться меланхолическим неистовством. Оно проявляется в резком возбуждении со стремлением нанести себе повреждения. Больные пытаются выброситься из окна, бьются головой о стену, царапают и кусают себя. Отмечаются также замедленное течение мысли, представлений, трудности в оценке и понимании событий и явлений. Депрессивные явления сочетаются с соматовегетативными нарушениями, запорами, сухостью слизистых, расстройством аппетита и т.д.

Смешанные состояния часто встречаются в клинике маниакально-депрессивного психоза. Они характеризуются определенным сочетанием у одного больного маниакальных и депрессивных черт и возникают чаще при переходе одной фазы в другую. В зависимости от сочетания компонентов различных фаз выделяют заторможенную, непродуктивную манию, маниакальный ступор и т.д.

Циклотимия является легкой, смягченной формой маниакально-депрессивного психоза и встречается чаще, чем выраженные его формы. Симптомы очерчены настолько, что затрудняет своевременное распознавание заболевания. В начале заболевания чаще встречаются маниакальные приступы, впоследствии они становятся реже и преобладают депрессивные.

В гипоманиакальной фазе больные вследствие несколько повышенного настроения, стремления к деятельности, речедвигательной оживленности мешают окружающим, бывают, недисциплинированы, совершают прогулы, проявляют склонность к растратам, суткам половой распущенности.

В депрессивной фазе циклотимии (субдепрессивное состояние) больные испытывают некоторую подавленность, тоскливость, понижение работоспособности, заторможенность, что сопровождается понижением активности и продуктивности труда. Склонны к самообвинению, часто совершают попытки самоубийства, для окружающих в большинстве случаев неожиданные, так как болезнь ранее никто не замечал.

В межприступном периоде (светлом промежутке) психическое здоровье больных практически восстанавливается, и они не обнаруживают болезненной симптоматики, но могут наблюдаться легкие аффективные колебания, подавленность, вялость. Такие периоды принято называть ремиссиями.

Судебно-психиатрическая оценка. Маниакально-депрессивный психоз часто представляет сложности в плане судебно-психиатрической оценки, так как судебно-психиатрическим экспертам приходится определять степень имеющихся у больного аффективных (эмоциональных) расстройств. К заметному снижению интеллекта у больных приступы болезни не ведут. У больных сохраняются критическое отношение к своему состоянию и окружающей действительности.

Самостоятельно опасные деяния больных в маниакальном состоянии обусловлены расторможенностью, неуравновешенностью, переоценкой своей личности, преобладанием инстинктивных влечений. Чаще они привлекаются к уголовной ответственности по обвинению в хулиганстве, «дебошах», нанесении побоев, оскорблений, развратных действий.

В депрессивной фазе больные редко совершают асоциальные поступки. Исключением могут быть больные, которые совершают криминальный акт в состоянии аффекта, тоски. Могут быть агрессивными или кончать жизнь самоубийством. Совершившие опасное деяние в болезненной фазе, признаются невменяемыми, в состоянии ремиссии - вменяемыми.

Всякого рода сделки, договоры, браки, акты дарения, подписанные в период приступа МДП, не могут считаться действительными, а больные считаются недееспособными.

Юристы должны знать, что разновидностью МДП является циклотимия, при которой симптомы маниакальной и депрессивной фазы выражены неглубоко. Лиц, совершивших общественно опасное деяние в состоянии той или иной фазы циклотимии, признают вменяемыми.

В случае наличия у больного в период, относящийся к инкриминируемому ему деянию, обострения заболевания с развитием психотического приступа (как депрессивного, так и маниакального) теряется способность адекватно оценивать свое психическое состояние и сложившуюся ситуацию, критически осмысливать суть и последствия своих действий, руководить своим поведением в целом. В связи с повышенной в таких состояниях сексуальной возбудимостью данные лица могут совершать развратные действия и изнасилования. Наряду с этим возможно возникновение перверсий (экзгибационизм, гомосексуальные тенденции и т.д.), которые были не свойственны больным ранее и которые исчезают вместе с приступом болезни.

Общественно опасные деяния, совершенные **во время психотического приступа**, влекут **невменяемость**. При менее выраженном маниакальном состоянии (например, при циклотимии) больные могут заключать противозаконные сделки, совершают растраты, нарушают трудовую дисциплину. Они чаще попадают на судебно-психиатрическую экспертизу в качестве потерпевших.

В депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза больные на судебно-психиатрическую экспертизу попадают реже. Им свойственны попытки самоубийства или расширенного самоубийства. Обычно они их совершают в состоянии психотической депрессии. На фоне подавленного настроения, чувства глубокой тоски, бредовых депрессивных идей самообвинения и самоуничужения у них возникают суицидальные мысли, бредовые мысли депрессивного содержания (что жизнь зашла в тупик, мир рухнет, поэтому близких, особенно детей, необходимо убить, чтобы избавить от мучений). Больные, совершившие общественно опасное деяние **в период психотической депрессии**, также признаются **невменяемыми**.

Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза при суициде нередко выявляет, что у лица, совершившего самоубийство без какого-либо внешнего повода, была депрессивная фаза маниакально-депрессивного психоза. Лица, совершившие правонарушения в "светлом промежутке" (состояние ремиссии), признаются вменяемыми, но ввиду отсутствия дееспособности и установления над ними опеки.

Литература:

1. Морозов Г.В. Судебная психиатрия. «Юридическая литература». Москва. 1978. С. 182-194.
2. Ли С.А. «Судебная психиатрия» УМК, Минск, изд-во МИУ, 2006. С. 48-49.
3. Кирвиченко А.А. «Психиатрия». Минск. «Вышэйшая школа». 1984 с. 132.
4. «Клиническая психиатрия» Руководство для врачей и студентов. Каплан Г. Перевод с англ. М., 1999. С. 214-223, 243-244, 269-289.
5. Георгадзе З. О. «Судебная психиатрия». Учебное пособие для студентов вузов. - М.: Закон и право, ЮНИТИ-ДАНА, 2003. С. 116-120.

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.