

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 процессах (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 продолговатого мозга.

3. Анатомия и физиология среднего 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 (истерический невроз, невроз навязчивых состояний, неврастения).
 - б) реактивные психозы (острые шоковые реактивные психозы, подострые реактивные психозы, предоподобные 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, токсикомании.

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 дисимуляция психических расстройств.

1. Понятие симуляции психического заболевания.

2. Виды симуляции – простая; на патологической почве (аггравация, 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...»*

1. Морозов Г.В. Судебная психиатрия. «Юридическая литература». Москва. 1978. С. 169-182.
2. Ли С.П. «Судебная психиатрия» УМК, Минск, изд-во МИУ, 2006. С. 46-47.
3. Георгадзе З. О. «Судебная психиатрия». Учебное пособие для студентов вузов. - М.: Закон и право, ЮНИТИ-ДАНА, 2003. С. 120-120.

19. Хронический алкоголизм, наркомании и токсикомании

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 наркоманий. Различие понятий «наркомания» и «токсикомания».
10. Судебно-психиатрическая оценка расстройств психики, возникающих в результате употребления наркотических и токсических средств.

Алкоголизм относится к числу важнейших социальных и биологических проблем современности.

Одной из наиболее трагических составляющих этой ситуации является насильственная смертность в результате аутоагрессивных и агрессивных действий, отравлений и несчастных случаев, а также значение проявлений алкоголизма при смертности при алкоголь-ассоциированной соматической патологии, дорожно-транспортных происшествиях, бытовом и производственном алкоголизме.

Алкоголизм в социальном смысле – неуклонное потребление спиртных напитков, оказывающее вредное влияние на здоровье, быт и труд, и благосостояние общества.

Алкоголизм в медицинском смысле – хроническое заболевание, наступающее в результате частого, неумеренного потребления спиртных напитков и безнравственного пристрастия к ним.

Алкоголизм характеризуется прогрессивным течением. В течение заболевания развивается совокупность психических и соматических расстройств. Это - психическая и физическая зависимость от этанола, абстинентный синдром. Изменяется картина опьянения, толерантность к алкоголю; развиваются характерные изменения личности, синдром алкогольной энцефалопатии и слабоумие. С определенного этапа болезни психопатологические проявления сочетаются с невритами и болезнями внутренних органов.

К больным, заболевшим алкоголизмом, относятся те лица, у которых пристрастие к этанолу привело к выраженным психическим расстройствам (по данным Всемирной Организации Здравоохранения). Заболевание изменило их взаимоотношения с коллективом и причинило ущерб общественным и материальным интересам этих лиц.

Алкоголизм – это болезнь в результате злоупотребления алкоголем в таких дозах и с такой частотой, которые приводят к потере эффективности в работе, нарушению семейных взаимоотношений и общественной жизни и к расстройствам физического и психического здоровья.

Алкоголизм отличается от бытового пьянства четко очерченными и биологически обусловленными признаками, хотя бытовое пьянство всегда предшествует алкоголизму. Бытовое пьянство, привычное

злоупотребление алкоголем - это всегда нарушение личностью социально-этических правил, вследствие этого в профилактике пьянства решающее значение имеют меры административно-правового и воспитательного характера.

В отличие от пьянства алкоголизм является заболеванием, которое всегда требует применения активных мер медицинского характера, комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

В настоящее время общепризнано, что употребление алкоголя влияет на соматическое и психическое здоровье.

Вначале кратко разберем соматоневрологические осложнения, наступающие при употреблении алкоголя. Прежде всего, необходимо обратить внимание на то, что человек, попавший в зависимость от него, невольно наращивает свою ежедневную дозу. А ведь алкоголь разрушает все органы и ткани человеческого организма, включая самые консервативные – костные. Он как хороший растворитель жиров и других органических соединений нарушает нормальное функционирование биологических мембран. Этанол «сгорает», т.е. окисляется кислородом, в основном в печени. Там же он в значительной мере подавляет метаболизм белков, жиров и углеводов, которые либо выбрасываются в неизменном виде, без всякой пользы для человека, либо остаются в организме, вызывая атрофию, перерождение мышечной, нервной и других тканей, приводя к циррозу печени, ожогу миокарда, и другим необратимым изменениям. Но главное, алкоголь губит клетки головного мозга (например, установлено, что от стакана водки погибает около 25000 нейронов), и умственные способности регулярно пьющего этанол человека постепенно и необратимо снижаются. Психические нарушения при алкоголизме весьма разнообразны. Они наблюдаются как в состоянии острого алкогольного опьянения, так и при длительном злоупотреблении, когда развивается такое заболевание, как хронический алкоголизм.

В настоящее время ведется изучение патогенеза алкоголизма. Основными симптомами, характеризующими алкоголизм, являются психическая зависимость (стремление к эйфории), физическая зависимость (влечение к получению физического комфорта). **Стремление к эйфории** косвенно указывает на исходный сниженный фон настроения. При хроническом алкоголизме эффект эйфории снижен, что приводит к необходимости приема дополнительных доз алкоголя, иначе говоря к потере контроля за количеством потребляемого спиртного напитка.

Почти весь потребляемый алкоголь метаболизируется при участии специальных ферментов, имеющихся в организме человека. При алкоголизме этот процесс нарушен. Большое значение в патогенезе алкоголизма придают нарушениям белкового обмена (B1), изменениям уровня сахара в крови, которые вызывают своеобразное голодание, в частности влечение к алкоголю.

Особое внимание уделяется функциональному состоянию ВНС с поочередным преобладанием действия симпатических и парасимпатических ее отделов. Постоянное употребление алкоголя вызывает повышенный выброс в кровь норадреналина. При прекращении приема алкоголя продуцирование норадреналина продолжается, а утилизация снижается, что ведет к накоплению в среднем мозге, гипоталамусе продуктов промежуточного обмена – дофамина (которые принимают участие в формировании похмельного синдрома).

Похмельный (абстинентный синдром) является главным признаком физической зависимости. Он наступает после выхода из алкогольного опьянения или запоя и чаще всего протекает на фоне депрессивного состояния.

Фармакогенная депрессия часто замаскирована различными соматическими и реактивными нарушениями. Стремление снять тревогу, подавленное настроение, бессонницу, суицидные мысли, соматические симптомы толкают на повторный прием алкоголя.

В глубокой древности греки запрещали употребление алкоголя во время свадьбы. Обследование больших групп страдающих алкоголизмом, показало, что у 38,4 % из них была патологическая наследственность. Риск заболеть алкоголизмом в семьях, наследственно отягощенных, более высок.

Через 1 час после приема средних доз алкоголя он может быть обнаружен в семени у мужчин и в яичниках у женщин. Хроническое употребление алкоголя влияет на деятельность половых желез, как у мужчин так и у женщин. В среднем только у 10% хронических алкоголиков эти железы функционируют относительно нормально, а у 50-60% наступает их полная атрофия.

Острая алкогольная интоксикация и степени опьянения.

Алкогольная интоксикация (простое алкогольное опьянение) может быть трех степеней

- 1 – легкая степень;
- 2 – средняя, степень угнетения высших отделов нервной деятельности;
- 3 – тяжелая, возможен паралич центров вегетативной нервной системы.

При легкой степени опьянения после приема алкоголя хорошее настроение, эйфория, бодрость, чувство благополучия, легкое возбуждение (по данным некоторых авторов это состояние зависит не только от алкоголя, но и от настроения, компании и установки на веселье). Реальная деятельность, взаимоотношения оцениваются иначе. Снижаются страх, тревога, чувство волнения, напряжения. Алкоголь оказывает транквилизирующее действие, вызывая маниакальное состояние. Происходит ослабление внутреннего дифференциального торможения – расстраиваются витальные чувства – повышается аппетит, либидо, примитивная эмоциональность. Возникает эйфорическая форма опьянения. Существуют также дисфорические формы опьянения – преобладание плохого настроения (конфликтность, агрессивность, придирчивость, суицидные мысли, попытки).

Широкий диапазон различных проявлений простого алкогольного опьянения зависит от многих причин. Главная причина – особенности личности. Алкоголь снижает способность к активному торможению, выявляет скрытые черты характера. Важно, с какой установкой принимают алкоголь.

На глубину и быстроту опьянения оказывает влияние вид спиртного напитка, содержание в нем этанола, психическое и физическое состояние человека.

Чаше встречаются смешанные и дисфорические варианты опьянения.

При средней степени алкогольного опьянения – происходит торможение высших отделов ЦНС. Это проявляется общей вялостью, снижением темпа мышления, нарушением двигательных функций. Речь – дизартрична, заикающаяся.

Глубокая степень опьянения – могут наблюдаться различные формы расстроенного сознания, вплоть до комы. Может быть, недержание мочи и кала, эпилептиформные приступы. Смерть может наступить от паралича бульбарных центров.

Лица, перенесшие тяжелую степень опьянения, страдают амнезией на события, происходившие во время застолья, они долго остаются астеничными, адинамичными, с явлениями атаксии, дизартрии, вегетативными расстройствами, вследствие токсического действия алкоголя на нервные центры головного и спинного мозга.

Период простого алкогольного опьянения продолжается после приема больших доз алкоголя в среднем от 5-7 до 12 ч. После него развиваются астения, головные боли, субдепрессии.

Судебно-психиатрическая оценка простого опьянения

В уголовном процессе **алкогольное опьянение не считается болезненным состоянием**, при котором следует говорить о невменяемости. Лица, совершившие преступление в состоянии алкогольного опьянения, по закону подлежат привлечению к уголовной ответственности за содеянное, так как само опьянение не является основанием для смягчения наказания. Психические нарушения, возникающие под влиянием алкоголя при остром алкогольном опьянении, не включают в себя тех симптомов, которые давали бы право говорить о наличии признаков психоза, хотя бы и временного характера.

Состояние опьянения, в котором находился свидетель или потерпевший, в некоторых случаях снижает правильность и реальность восприятия. Однако здесь можно говорить о меньшей доказательной ценности показаний опьяневшего, но не об устранении их в качестве источника доказательств.

В гражданском процессе заключение договора и оформление всякого рода соглашений также нельзя признать недействительными из-за алкогольного опьянения у сторон в период составления и подписания этих документов.

Патологическое опьянение, острый транзиторный психоз

Сравнительно редко встречающееся временное психическое расстройство, когда субъект утрачивает полностью способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими. В практике судебной психиатрии такие состояния встречаются в 1 % всех экспертиз, как правило, только у молодых мужчин и сопровождаются в большинстве случаев особо тяжкими общественно опасными действиями. Причем поведение человека удивительным образом не производит впечатления как поведение пьяного.

Патологическое опьянение может возникнуть как у лиц, не обнаруживающих в обычном состоянии отклонений в психической сфере и практически считающихся здоровыми, так и у лиц, проявляющих астеническую слабость после перенесенного инфекционного или соматического заболевания или в результате имевшей место в прошлом травмы или заболевания головного мозга.

Большую роль в возникновении патологического опьянения играют усталость, переутомление, физическое и психическое истощение в результате напряженной работы и бессонных ночей, волнение, неуверенность, страх, тревога. Принятый в таком состоянии алкоголь, **даже в минимальной дозе**, в ряде случаев может вызвать патологическое опьянение. Стечение перечисленных предрасполагающих обстоятельств наблюдается очень редко, почему и принято считать, что патологическое опьянение у одного и того же человека не может повторяться всякий раз при приеме алкоголя.

Основным симптомом патологического опьянения является внезапное и **острое** болезненное **изменение сознания**. В результате чего нарушаются и искажаются процессы восприятия, расстраивается контакт с внешним миром, наступает отрыв от реальной действительности, сужается круг представлений, сознание заполняется болезненными переживаниями, носящими характер безотчетного ужаса и страха, ощущение угрозы в отношении себя. При нарастании эмоциональной напряженности появляется болезненно измененная ориентировка в окружающем, галлюцинаторное и бредовое ее толкование.

То есть, основными признаками патологического опьянения следует считать: внезапное начало болезненного состояния и его кратковременное течение. При этом могут отсутствовать внешние признаки опьянения. В наличии - признаки расстроенного сознания, искаженное восприятие и бредовая оценка окружающего, сохранность моторики и автоматический характер движений, двигательное беспокойство. У пациента отсутствуют контакты с окружающими, имеются только отрывочные высказывания, стереотипное повторение одних и тех же слов. Затем наступает глубокий сон и амнезия.

Следует помнить, что такие симптомы как эйфория, благодушие, развязность, неуместные шутки, распушенность, желание произвести впечатление на окружающих, склонность к оскорбительным и циничным выражениям по адресу задерживающих их лиц, шатающаяся и неустойчивая походка, присущи простому алкогольному опьянению и **отсутствуют при патологическом опьянении**. Однако некоторые проявления, носящие необычный характер, наблюдаются как при простом опьянении, так и при патологическом, например, отдельные отрывочные воспоминания, последующий сон.

Диагноз патологического опьянения должен быть подтвержден материалами уголовного дела, то есть фактами, исходящими от наблюдавших лиц, а не строиться только на субъективных жалобах заявителя, обвиняемого и на предположениях эксперта-психиатра.

Судебно-психиатрическая оценка патологического опьянения

Наиболее ценными для эксперта – психиатра в этих случаях являются не сообщения обвиняемого о якобы патологических переживаниях (хотя они в какой-то степени должны учитываться), а тщательно собранный следствием материал. В нём достаточно полно должны отражаться поведение подэкспертного, его внешний вид и речь во время правонарушения, а также свидетельские показания, содержащие данные о неправильном восприятии им окружающего, нарушении сознания, болезненных переживаниях, наличии бреда и галлюцинаций.

Лица, совершившие противоправные действия в состоянии патологического опьянения, **признаются невменяемыми** как совершившие общественно опасные деяния в состоянии временного психического расстройства.

Хронический алкоголизм

Динамика развития злоупотребления алкоголем бывает разной – разовое употребление, несистематизированный, но более частый прием спиртных напитков и систематическое употребление.

Этот период ещё не является болезнью, он характеризуется собой легкие личностные характерологические изменения. У людей на этом этапе бытового пьянства все чаще возникают ситуации, которые свидетельствуют о появлении предвестников алкогольной болезни (редкие боли в области сердца, сосудистая недостаточность).

Предвестники возникновения алкоголизма - это ранние симптомы болезни, предшествующие ее основным проявлениям. Это конец бытового пьянства и переход от злоупотребления алкоголем к болезненному состоянию.

Динамика алкоголизма характеризуется постепенным формированием стадий болезни, когда количественные изменения, накапливаясь, переходят в качественные.

Начальные проявления болезни, как и при других заболеваниях, неясны. Сами пациенты недооценивают свое состояние, не критичны. Продолжающийся прием алкоголя приводит к формированию более ярких симптомов, течение болезни может быть медленным, быстрым, катастрофическим. В прямой зависимости от этого – прогноз заболевания.

Начальная, 1 стадия характеризуется следующими симптомами.

1. Изменяется реактивность на алкоголь – повышается толерантность (устойчивость к большим дозам этанола).
2. Возникает психическая зависимость – в форме абстинентного синдрома. Снижается количественный контроль употребления выпитого этанола.
3. Формируется невращения - синдром с начальными проявлениями нарушений в психической сфере.

4. Возникают расстройства аппетита, преходящие расстройства пищеварительной системы, неприятные ощущения в отдельных органах.
5. Появляются неврологические изменения в виде бессонницы, вегетативные и периферические расстройства нервной системы в виде локальных невритов с парезами конечностей.

Психическое пристрастие к алкоголю носит характер обсессивного синдрома.

Ситуационно-бытовые причины (ссора, колебания настроения) способствуют принятию алкоголя. Возникает физическая зависимость от этанола в виде физического дискомфорта, который, на начальных этапах заболевания легко можно облегчить неспецифическими средствами, такими как раскол, эфир, кофе, чай, ванны, бег.

Прием алкоголя более или менее систематичен. Доза повышается в 3-5 раз, но без грубых явлений опьянения. Снижается контроль количества выпитого этанола, повышается устойчивость к алкоголю.

2 стадия алкоголизма в среднем формируется через 6-8 лет после начала употребления этанолом. У таких пациентов можно обнаружить следующие симптомокомплексы.

1. Изменение реактивности организма на алкоголь в сторону установленной максимальной толерантности при систематическом приеме алкоголя, возникают псевдозапойные состояния.
2. Усиливается психическая зависимость обсессивного характера. Снижается количественный контроль над употреблением алкоголя из-за стремления к физическому комфорту.
3. Усиливается физическая тяга в виде компульсивного влечения к этанолу, формируется абстинентный синдром.
4. Формируется неврастенический синдром, снижается интеллект, заостряются и возникают новые формы психопатического поведения.
5. Выявляется ряд соматических заболеваний.
6. Нарушаются вегетативные функции, возникают дистальные полиневриты.

С переходом одной стадии болезни в другую прежние симптомы заостряются, становятся более грубыми, или переходят в новое качество.

Обсессивное влечение к алкоголю сменяется компульсивным влечением. Окончательно теряется контроль количества выпиваемого спиртного. Возрастает толерантность к алкоголю и через определенный промежуток времени (1-3 года) устанавливается своеобразное плато толерантности. На этой стадии изменяется физиологическое действие алкоголя, возникают псевдозапойные состояния, когда физически человек может принять алкоголь, причем прерывисто - немного утром, немного в обед и только к вечеру - напиваясь.

Одним из ведущих критериев - появление физической тяги и похмельного (абстинентного) синдрома. Похмельный синдром стойкий, лечение полностью может снять его, но стоит возобновить употребление алкоголя, как он снова выявляется даже после длительного периода воздержания.

Наблюдаются беспричинные колебания настроения, вспышки раздражения.

3 стадия алкоголизма, поздняя - самая тяжелая. Возникает спустя 8-10 лет после начала употребления алкоголем. При этом у больных определяются следующие симптомы и синдромы.

1. Реактивность организма падает, резко снижается толерантность к этанолу. Человек легко пьянеет от малых доз низкокачественных спиртных напитков. Учащаются псевдозапой, истинные запои, или системное пьянство. Полностью отсутствует ситуационный контроль.

2. Психическая и физическая зависимости от этанола обусловлены потребностью в психическом и физическом комфорте. Количественный контроль употребляемой дозы алкоголя утрачен. Влечение к алкоголю носит компульсивный характер.
4. Происходит стремительная деградация личности, снижение интеллектуально - мнестических функций, формируется алкогольная деменция, возникают различные формы алкогольных психозов.
6. Страдают все органы и системы, обнаруживается цирроз печени и почек, сердечно-сосудистая недостаточность, язвенные поражения желудочно-кишечного тракта, токсические панкреатиты, поражение ЦНС с парезами, параличами и деменцией. Амнезии постоянные, стойкие, глубокие. Больной теряет интерес к общественной жизни, наступает социальная деградация, безработица, разрушается семья. При алкоголизме формируется слабоумие двух видов.
 1. Эксплозивная форма психопатии с взрывчатостью, гневливостью, возбудимостью, слабодушием, болтливостью, плоским юмором.
 2. Торпидная форма слабоумия, когда возникают вялость, апатия, грубые расстройства памяти.

При судебно-психиатрической оценке, лица, страдающие хроническим алкоголизмом, в отношении совершенных ими правонарушений **признаются вменяемыми** и не освобождаются по этим признакам от отбывания наказания. К ним может быть применено принудительное лечение в медицинском учреждении.

Острые психотические расстройства

Алкогольный делирий характеризуется кратковременным (от нескольких часов до нескольких суток) опасным для жизни помрачением сознания с соответствующими соматическими нарушениями. В клинической картине психотического синдрома выражены **галлюцинаторные** переживания. Это **зрительные** сценopodobные и слуховые галлюцинации, а при утяжелении клинической картины – **тактильные** в виде мелких насекомых, животных или восприятия проволок, ниток, волос в полости рта и на губах. Алкогольный делирий возникает обычно при полном или частичном прекращении алкогольного эксцесса у больных с выраженной зависимостью, от алкоголя спустя 3-4 дня. Алкогольный делирий означает острый алкогольный психоз, возникающий у больного алкоголизмом, как правило, после прекращения длительной интоксикации алкоголем.

Алкогольный галлюциноз – психоз у больного алкоголизмом, в клинической картине которого доминируют **истинные вербальные галлюцинации**, сознание больного при этом формально ясное. Галлюцинации носят неприятное для больного содержание: брань, угрозы, оскорбления. При этом сознание больного грубо не искажено, больной ориентируется в месте, во времени, в собственной личности. Критическое отношение к галлюцинаторным переживаниям отсутствует. Настроение соответствует тематике галлюцинаций, нередко больной насторожен, тревожен, иногда подавлен. Поведение больных определяется содержанием галлюцинаций. Могут присоединяться нестойкие бредовые идеи преследования, оскорбления. Особенно опасными для окружающих и самого больного, а потому и социально опасными являются императивные галлюцинации. Эти приказания больной может выполнить. В дальнейшем к вербальным галлюцинациям могут присоединяться элементарные нестойкие зрительные галлюцинации.

Алкогольный параноид – алкогольный психоз. В его клинической структуре основным является галлюцинаторно-параноидный синдром с бредом обыденного, конкретного содержания и невыраженными вербальными галлюцинациями на фоне ясного сознания.

Основным синдромом в клинике алкогольного параноида является **бред ревности** или **преследования**, встречаются и бредовые идеи **воздействия**. По своему содержанию бредовые идеи конкретны, связаны с окружающей больного реальностью и конкретными лицами. Поведение, действия их обусловлены фабулой

бреда. Больные могут быть агрессивными, совершают нередко убийство жены, любовника, а иногда совершают и расширенные убийства, в том числе своих детей и самоубийства.

Хронические формы алкогольной энцефалопатии

Корсаковский психоз. Основными признаками этого заболевания являются **амнестический синдром** (фиксационная и ретроградная амнезия в сочетании с парамнезиями) и **полиневрит**.

Алкогольный псевдопаралич. Это сравнительно редко встречающаяся тяжелая форма хронической алкогольной энцефалопатии. По клинической картине она схожа с прогрессивным параличом. В психическом состоянии таких больных отмечаются нарушения концентрации **внимания**, **исполняемости**, **выраженная фиксационная гипомнезия, конфабуляция**. Могут иметь место фрагментарные бредовые идеи величия.

Энцефалопатия Гайе-Вернике. Это также довольно редкая форма хронической алкогольной энцефалопатии. Острая форма этого заболевания сходна с тяжелой формой алкогольного делирия. При подострой и хронической формах наблюдаются **изменения сознания** с **спутанностью**, с **предвигательным возбуждением**, абортивные делириозные явления, эпилептиформные припадки, изменения памяти по корсаковскому типу и неврологические расстройства.

Дипсомания. Клинические проявления отличаются приступообразным течением, с внезапным началом с употребления больших доз алкоголя и заканчивается резким его прекращением, после чего возникает полное отвращение к алкоголю.

Наркомания и токсикомания

В последние годы наблюдается неуклонный рост наркоманий с неблагоприятными тенденциями охвата лиц молодого возраста, в том числе студентов и учащихся средних школ.

Наркомания – резко выраженное влечение и привыкание к одному или нескольким наркотическим веществам, действующим преимущественно на психику, нервную систему и внутренние органы и вызывающим у человека ощущение благополучия, эйфории, успокоения или, наоборот, приятного возбуждения. В больших дозах наркотики вызывают состояние выраженного опьянения, оглушенности и другие симптомы острого отравления и при передозировке – смерть.

В качестве наркотиков употребляются опий, морфий, гашиш (анаша), кокаин, производные барбитуратовой кислоты (ломинал, веронал, меминал, амитал-натрия) и лизергиновой кислоты (ЛСД), синтезированные вещества (крэк, экстази, китайский белок, фенциклдин, метадон, и др.).

В зависимости от употребляемого наркотика различают морфинизм, гашишизм, героинизм, кокаинизм и т.д.

При систематическом употреблении наркотиков к ним привыкают, т.е. развивается типичное во отношении любых ксенобиотиков состояние толерантности. В результате, чтобы достигнуть желаемого возбуждающего или успокаивающего действия, наркоману приходится прибегать к постепенно увеличивающимся дозам, иногда во много раз превышающим смертельную дозировку.

Длительное употребление наркотиков вызывает стойкие и необратимые патологические изменения, как в соматической сфере, так и в психической. Внутренние органы постепенно разрушаются, но также неуклонно разрушается и личность человека, не способного уже вырваться из тисков наркомании.

При развитии наркомании человек проходит **три этапа**:

- стадию эпизодического потребления наркотиков,
- стадию привыкания к наркотику,
- стадию наркомании.

Основными проявлениями наркомании является изменение реактивности организма в отношении наркотических веществ.

Наиболее характерные проявления измененной реактивности заключаются в следующем:

1. Непреодолимое желание еще раз пережить измененное состояние, определяющее потребность в повторных приемах наркотика и стремление получить его любыми средствами (психическая зависимость).
2. Развитие при лишении привычного наркотика абстинентного синдрома, то есть мучительного состояния наркотического голодания, заключающегося в тяжелом нарушении деятельности всех органов и систем организма, вызывающем даже психотические расстройства (физическая зависимость).
3. Стремление вследствие нарастающей переносимости этого вещества и снижения эффективности его действия к увеличению принимаемых доз для получения привычного эффекта (повышенная толерантность).
4. Переход на более «тяжелые» наркотики (например, исследования показали, что купил марихуану, у того в 104 раза выше соблазн попробовать кокаин).

Соответственно стадиям можно разделять тех, кто употребляет наркотики, на следующие группы.

К первой группе принадлежат лица, принимающие их нерегулярно или непродолжительно (обычно эпизодически) и не успевшие еще приобрести к ним стойкие привычки. Это так называемое бытовое употребление наркотиков или **наркотизм**. Определить принадлежность к данной группе можно по следующим признакам (симптомам):

- неумение скрывать внешние признаки опьянения;
- индивидуальная обособленность, погруженность в свой мир переживаний, стремление уединиться (характерно особенно для людей, употребляющих галлюциногены или морфий);
- необоснованное возбуждение, а чаще эйфория, несоответствующая ситуации (констатируют у лиц, чаще употребивших снотворное);
- немотивированный смех, веселье, громкая речь, жестикуляция, чрезмерная подвижность (у лиц, принимающих кодеин);
- своеобразный способ курения (окурток держится в закрытых ладонях);
- неадекватное поведение (не в соответствии с обстановкой) в виде неожиданных поступков (бессмысленное бегство, нападение, попытки похититься), прожорливость и жажда (чаще спустя час или полтора после приема гашиша).
- следы инъекций и т.п. в области наркотиков.

Юристам должны знать, что прямые признаки наркотического опьянения разнятся в зависимости от вида принятого наркотика.

Эпизодическое бытовое употребление наркотиков лечения не требует. Главный отличительный признак этой группы – отсутствие болезненных состояний абстиненции, связанных с прекращением приема наркотических средств.

Ко второй группе относятся лица, систематически употребляющие наркотики - это наркоманы.

Наиболее распространенными наркотическими средствами являются:

1. Опий и его препараты.
2. Индийская конопля и ее производные.
3. Снотворные средства.
4. Кокаин.
5. Стимуляторы центральной нервной системы.

6. Производные лизергиновой кислоты (ЛСД)
7. Наркотические вещества, принимаемые в комплексе.

Злоупотребление медикаментами, некоторыми химическими веществами и народными средствами, не являющимися наркотиками, порождает пристрастие и зависимость к этим препаратам, которые носят название **токсикоманий**.

К такому злоупотреблению в поисках эйфории чаще прибегают либо наркоманы при отсутствии наркотиков, либо психические больные, либо психопатические личности или психически незрелые подростки в поисках новых ощущений, а подчас из-за бездумного желания следовать дурному примеру.

Обычно они применяют большие дозы психотропных препаратов (транквилизаторов, нейролептиков), снотворные и стимулирующие вещества.

Привыкание к наркотикам может быть двух видов. В одних случаях употребляющие эти вещества стремятся получить эффект эйфории и комфорта, в других – избежать плохого самочувствия, дискомфорта.

Токсикомании возникают вследствие ряда причин. Одной из них является нерациональная терапия, проводимая врачами или экстрасенсами, или народными целителями. Имеет значение частый прием медикаментов при бессоннице, жизненных различных стрессовых ситуациях или их использование у мнительных людей, постоянно стремящихся к лечению.

Судебно-психиатрическая оценка наркоманий и токсикоманий

В юридической практике для установления наркоманий (токсикоманий) всегда следует обращать внимание на поведение и внешний вид лица, с которым осуществляются судебно-следственные действия. Уже при непосредственном наблюдении можно установить, что поведение наркоманов (токсикоманов) зависит от времени приема наркотических (токсических) веществ. В период после употребления наркотических средств, в течение нескольких часов у лиц, злоупотребляющих наркотиками, отмечают «приход» («кайф»). Это своеобразная маниакальность (повышенное настроение, прилив сил, эйфорию, отрешенность от проблем сегодняшнего дня) и т.д.

В период вынужденного воздержания у наркоманов констатируют «ломку» - абстинентное состояние с бессонницей, тоскливо-злобным настроением, беспокойством, тревогой, невозможностью усидеть на месте. Нередки судороги и даже различной выраженности помрачения сознания, бред, галлюцинации и т.д., вплоть до картины полного психоза.

В то же время для наркоманов характерны активные попытки приобретения наркотиков или их суррогатов. При этом они не останавливаются перед обманом, воровством, насилием, разбоем, сутенерством, жестокой агрессией вплоть до убийства. Внимательный осмотр внешнего вида даже судебно-следственным работником позволяет выявить ряд обращающих на себя внимание болезненных признаков наркомании (токсикомании). Это такие признаки как резкое похудание, цианоз губ, сужение зрачков (миоз) или наоборот, неестественное их расширение (мидриаз).

При злоупотреблении кокаином обнаруживаются различные специфические признаки. Это - раннее старение, гнусавый голос, хронический насморк, высыпания на лице, коричневатоземлистый цвет кожи со следами расчесов, деформированные ногти, раннее выпадение зубов.

У наркоманов определяются следы инъекций на кожной поверхности предплечья и бедер, под языком, иногда в области мошонки; дрожание рук, неуверенная походка, сальные волосы, неприятный запах изо рта и т.д.

Другим немаловажным диагностическим критерием являются дефекты письменной и устной речи наркоманов. Криминалистами давно замечено, что их почерку присущи вполне определенные изменения,

состоящие из общих и частных признаков. Так, при действии наркотиков - «ощущении благодушия и эйфории» - отмечается заметное улучшение почерка, когда же действие препарата прекращается, и наступают абстинентные изменения, он «портится», становится неровным, резким, с наличием большого количества нарушений целостности бумаги, помарок, клякс и т.д.

В то же время следует признать, что расстройство почерка под влиянием наркотических веществ зависит также и от типа нервной деятельности и психического состояния человека. Как установлено, наркотические препараты расслабляют анализаторы и оказывают этим определенное влияние на качественные и количественные признаки почерка.

В настоящее время опытные криминалисты, судя по специфическому изменению почерка, могут с большей долей вероятности сказать какое из наркотических (лекарственных, химических) веществ мог принимать подэкспертный перед написанием рукописи.

Юристы должны понимать, что наркотики вызывают заметные изменения и в устной речи. При приеме и острой наркотической интоксикации и, соответственно, приятном возбуждении и эйфории, наблюдаются отсутствие запаха этанола изо рта (что характерно для алкогольного опьянения), склонность к быстрой речи, употребление жаргонных выражений, маниакальное усиление дефектов в произношении, плоский юмор, шутовство и др.

При абстинентных явлениях (во время вынужденного воздержания от привычных доз) и, соответственно, подавленности отмечаются замедление темпа речи, робкая, недостаточная по интенсивности реакция на замечания.

Распознавание наркоманий у подследственных, подозреваемых, свидетелей, с использованием указанных выше критериев, имеет ведущее значение для совершенствования оперативно-розыскной деятельности, производства следствия и разработки следственных версий, построения обвинения и защиты в суде.

Сотрудникам следствия, прокуратуры, судам и адвокатуры необходимо знать, что констатируемые ими в процессе личного контакта или наблюдения болезненные признаки наркомании следует рассматривать как субъективные, имеющие вспомогательное значение, а для постановки диагноза наркомании все-таки требуется клиническое обследование у психиатра или психиатра-нарколога. Диагностика ими клинических симптомов в процессе динамического наблюдения пациента с психическим заболеванием непсихотической этиологии, является объективной, подтверждением и признается судами как вид доказательства.

Важно также обратить внимание на асоциальную сущность наркомании, поскольку наркоманы причиняют большой материальный и экономический ущерб не только себе, но семье и обществу в целом.

При анализе судебно-психиатрических заключений юристам необходимо помнить, что случаи преступлений, связанные непосредственно с острой наркотической интоксикацией (например, при передозировке), встречаются редко (из-за тяжелого соматического и психического состояния наркоманов в это время).

Лица, совершившие преступления в состоянии опьянения наркотическими средствами, как правило, **признаются вменяемыми**. И лишь деяния, совершенные ими в психотических состояниях (сумеречном расстройстве сознания, бреде, галлюцинациях) при глубоких изменениях личности, констатации тяжелых интеллектуальных и мнестических нарушений и выраженном слабоумии, заставляют экспертов-психиатров признавать их **невменяемыми**.

Наркомания не только наносит ущерб психическому и физическому здоровью, но и вносит осложнения в брачно-семейные, жилищные, имущественные сделки.

В гражданском процессе экспертиза дееспособности в этих случаях представляет определенные трудности. Если гражданский акт совершен наркоманом в состоянии психоза или при глубоких изменениях психики и выраженном слабоумии, то он признается судом недееспособным. В этих случаях суд устанавливает над ними опеку.

Если же наркотиками злоупотребляют больные, страдающие психическими заболеваниями, то их недееспособность определяется в зависимости от тяжести основного заболевания.

Гражданское законодательство допускает возможность и ограничения дееспособности наркоманов и установления попечительства. Суд, вынося определение об этом, все вопросы решает индивидуально с учетом поведения этих лиц, данных судебно-психиатрической экспертизы об их психическом состоянии и обследования у психиатра-нарколога, степени деградации и возможности медико-социальной реабилитации.

Таким образом, эксперты психиатры, определяя у наркоманов или токсикоманов невменяемость или недееспособность, должны выставить диагноз (определить медицинский критерий), обосновать критические, волевые, интеллектуальные возможности (определить юридический критерий) и необходимость применения к ним принудительных мер медицинского характера.

Литература:

1. Морозов Г.В. Судебная психиатрия. «Юридическая литература». Москва. 1978. С. 239-273.
2. Ли С.П. «Судебная психиатрия» УМК, Минск, изд-во МИУ 2000. С. 50-64.

20. Симуляция и дисимуляция психических расстройств

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

Симуляция психического заболевания – сознательное притворное поведение, заключающееся в изображении несуществующих признаков психического расстройства, в их изображении или искусственном вызывании с помощью лекарственных средств, совершаемое с корыстной целью в надежде избежать наказания.

С точки зрения судебно-психиатрической науки и практики проблема симуляции является сложной и не всегда легко разрешаемой.

Усиливают трудности решения этой проблемы ряд факторов, ведущими среди которых являются следующие. Это, имеющее место, психическое расстройство, которое не всегда может быть легко доказано на практике. В то же время не всегда может быть выявлена истинная симуляция; психические расстройства и симуляция могут сосуществовать, поэтому при установлении факта симуляции и его доказательства нельзя исключить наличие психического расстройства.

В ряде случаев психические расстройства вытекают из симуляции, и симуляция переходит в психическое расстройство. Таким образом, доказанная в определенный промежуток времени симуляция не исключает психической болезни в более поздний период.