

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 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. Олигофрени. Судебно-психиатрическая экспертиза при олигофрении.**

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

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

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

6.**10. Реактивные состояния.**

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

7.**11. Инволюционные психозы.**

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

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

8.

12. Травматические поражения головного мозга.

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

9.

13. Психические расстройства вследствие сосудистых заболеваний головного мозга.

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

10.

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

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

11.

15. Сифилитические заболевания центральной нервной системы.

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

16. Шизофрения.

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

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

12.

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

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

13.

18. Эпилепсия.

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

14.

19. Хронический алкоголизм, наркомании, токсикомани.

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

15.

20. Симуляция и диссимуляция психических расстройств.

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

16.

21. Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних.

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

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

17.

22. Суицид.

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

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 медицинские критерии), 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 диссимуляция психических расстройств

1. Понятие симуляции психического заболевания.
2. Виды симуляции – простая; на патологической почве - аггравация, метасимуляция, сверхсимуляция (стюрсимуляция) 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.

Во всех случаях симуляции присутствуют сознательность, преднамеренность и целеустремленность.

Симуляция может наблюдаться как в период следствия, так и у осужденных, однако наиболее часто проявляется **в критические переломные периоды**: заключение под стражу, судебное разбирательство при изменении режима содержания, отказ в досрочном освобождении и т.д.

В судебно-психиатрической практике различают **симуляцию истинную**, или чистую, которая наблюдается у психически здоровых лиц, и **патологическую** – симуляцию на патологической почве (на фоне психического заболевания или дефекта).

Бывает несколько вариантов симуляции, возникающей **на патологической почве**.

Аггравация – сознательное преувеличение существующих болезненных явлений с целью добиться желаемого решения экспертизы.

Близко стоит, а иногда и сочетается с ней искусственное продление перенесенных в прошлом болезненных явлений, так называемая **метасимуляция**.

Описаны явления и **сверхсимуляции**, когда имеет место демонстрация симптомов, не свойственных имеющемуся психическому заболеванию, "несовместимых" с этим заболеванием, например, демонстрируется грубый амнестический синдром при шизофрении.

Хронологически (относительно события преступления) различают три вида симуляции психических расстройств:

- **до совершения преступления** (с целью создать впечатление, что личность еще ранее была больна психически);
- **в момент преступления** (чтобы доказать, что преступление совершено в болезненном, невменяемом состоянии);
- **и после совершения преступления** (как защитная психическая реакция с целью уйти от ответственности).

Симуляцию психического заболевания различают в зависимости от ее способа. Поведение и высказывания личности направлены:

- 1) на доказательство наличия признаков психического заболевания или
- 2) симуляцию амнезии (расказ о перенесенном якобы психическом заболевании, которого не было у испытуемого). Эти способы могут сочетаться друг с другом.

Формы истинной симуляции зависят от личностных факторов, ведущими среди которых является осведомленность лица о симптоматике и особенностях течения психических заболеваний в зависимости от собственного опыта. Обычно лица прибегают к симуляции анамнестических данных, чем болезненного психического состояния. Достаточно редко встречается симуляция определенной клинической формы заболевания, чаще симулируются отдельные симптомы (галлюцинации, бред, расстройство памяти, мутизм) или синдромы (ступор, возбуждение, депрессия).

Поведение симулянтов изменчиво, так как они сталкиваются с различными трудностями в зависимости от общения с врачами-экспертами и персоналом.

Вначале демонстрируемые ими симптомы непостоянны, в дальнейшем они становятся постоянными и заученными. При длительном периоде наблюдается автоматизация симулятивного поведения, которое в некоторых случаях может переходить в истерические реакции.

По материалам Института им. проф. В.П.Сербского, чаще всего симулируется вялая депрессия с монотонным поведением, невыразительной мимикой, установкой на недоступность, проявляющейся либо в

форме мутизма, либо в нелепых ответах. Наряду с этим отмечается двигательная заторможенность, отказ от еды со ссылками на бред преследования, возможность отравления, а также демонстративные суицидальные проявления (высказывания, приготовления, самоповреждения). Нередко на этом фоне симулируются элементарные галлюцинаторные расстройства, преимущественно зрительного характера (угрожающие фигуры, одетые во всё чёрное, устрашающие лица и т.п.). Таким образом, преобладают такие формы симуляции, которые не требуют больших познаний в психиатрии, значительных усилий для воспроизведения, мало истощают организм и могут легко автоматизироваться.

При длительной симуляции большую роль играет наступающая автоматизация симуляционного поведения, при которой сознание притворства сохраняется, поведение управляется ведущим целевым представлением, но появляются привычные приёмы, требуется меньшая затрата психических и физических сил. Иногда, обычно при симуляции обычных истерических синдромов (мутизм, гиперкинезы, паралич) наступает истерическая фиксация симулируемого расстройства, и симуляция переходит в истерическую реакцию. В некоторых случаях симулянты после нескольких месяцев притворного поведения объективно ухудшение физического и психического здоровья, к чему они активно стремятся. Ухудшение физического здоровья может быть связано и с аутоинтоксикацией желудочно-кишечного тракта (отказ от пищи, поедание собственных экскрементов, нанесение самоповреждений). На физически ослабленной почве в последующем легко могут развиваться тяжёлые реактивные состояния (с изменённым сознанием, аффективными нарушениями и психогенным бредообразованием).

Нередко симулянты отказываются от притворного поведения и честно признаются в симуляции, что является важным дифференциально-диагностическим признаком.

Симуляция, возникающая на патологической почве. От истинной симуляции следует отличать защитное целевое поведение, возникающее на патологической основе. Такого рода поведение может проявляться в различных формах.

Аггравация – целевое преувеличение незначительно выраженных симптомов имеющегося заболевания или остаточных явлений после перенесённой в прошлом психической болезни.

Явления аггравации наиболее часто в судебно-психиатрической практике встречается у больных, страдающих олигофренией, сосудистыми заболеваниями головного мозга, у больных с травматическими поражениями головного мозга у психопатических личностей. Аггравация является значительно более распространённой при судебно-психиатрической экспертизе, чем симуляция.

Метасимуляция (продление заболевания) проявляется обычно в изображении продления отдельных симптомов перенесённого ранее психического заболевания. Обычно наблюдаются формы сознательного продления симптомов реактивного психоза, возникающего после ареста. Такие формы отличаются длительностью течения и представляют трудности как для судебно-психиатрической экспертизы, так и для психотерапевтического воздействия.

Демонстрация психически больным симптомов, не свойственных имеющемуся заболеванию (**свехсимуляция или сюрсимуляция**), является редким явлением и распознается довольно легко. Она проявляется в чуждой, несвойственной основному заболеванию симптоматике и отражает патологическую мотивацию поведения душевнобольных.

Основные методы распознавания симуляции психических заболеваний в основном сводятся к клиническому наблюдению и экспериментально-психологическим методам исследования, применяются и дополнительные параклинические исследования (электроэнцефалография и др.) с компьютерной томографией.

Установление симуляции психических расстройств здоровыми лицами не представляет больших трудностей в отличие от выявления симуляции на патологической почве.

При симуляции на патологической почве основное значение для судебно-психиатрической оценки имеет установление характера и глубины имеющихся изменений. При решении экспертных вопросов, в заключении необходимо указать на наличие симуляции или аггравации, а также на имеющиеся у подэкспертного особенности психики, не исключающие способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими.

Диссимуляция психических расстройств – преднамеренное утаивание, сокрытие имеющегося психического заболевания или отдельных его симптомов. Различают **полную и частичную диссимуляцию**.

При полной диссимуляции больные отрицают у себя, какие бы то ни было психические расстройства, как на момент обследования, так и в прошлом.

При частичной диссимуляции больные скрывают только отдельные клинические проявления, а о других рассказывают достаточно подробно. К частичной диссимуляции относятся такие случаи, когда все имеющиеся психические расстройства больные относят к прошлому, полностью отрицая их на момент обследования.

К диссимуляции прибегают больные, которые опасаются госпитализации в психиатрический стационар, лишения гражданских прав или же стремятся выписаться из психиатрической больницы, особенно в период пребывания на принудительном лечении.

Иногда встречаются случаи, когда диссимилирующие бредовые больные с целью выписки из стационара для получения возможности реализации бредовых идей, представляющих по своему содержанию высокую социальную опасность (поимка мнимых преследователей, бредовая месть и т.п.). Больные в состоянии депрессии также могут диссимилировать, стремясь к осуществлению суицида.

Избранная больными форма диссимуляции во многом зависит от того, в какой степени они могут критически осознать, что имеет из особенностей их поведения воспринимается окружающими как признак болезни. Проявления диссимуляции зависят также от того, насколько имеющиеся психопатологические расстройства позволяют больным контролировать свое поведение.

Таким образом, способность диссимуляции свидетельствует о частичной критике к своим болезненным переживаниям. В то же время наличие диссимуляции отражает недостаточный учет больными всех особенностей реальной ситуации и недостаточно полное прогнозирование последствий своего состояния и поведения. Особенно часто это отмечается у больных шизофренией. Распознавание диссимуляции, представляющей собой современную диагностику истинного характера заболевания, в судебно-психиатрической практике нередко представляет значительные трудности.

Для распознавания диссимуляции большое значение имеют данные анамнеза, указывающие на пережитые в прошлом психотические состояния. При диссимуляции, несмотря на скупой, формальный и уклончивый характер ответов больных, не позволяющий выявить бредовые переживания, всегда в той или иной форме сохраняется симптоматика, которую невозможно диссимилировать. Специфические для шизофрении расстройства мышления в виде некоторой непоследовательности, соскальзывания, особенностей эмоциональных проявлений легко будут замечены специалистами. Некоторые характерные черты проявляются и в манере поведения, вычурности, в неадекватности мимики, свойственной больным угловатой моторике. Существенную помощь в распознавании диссимуляции оказывают психологические методы обследования.

Констатация диссимуляции особенно важна при решении вопроса о наличии показаний к госпитализации больного. Наличие диссимуляции необходимо учитывать при выборе мер медицинского характера в отношении больных, совершивших общественно опасное деяние и признанных невменяемыми.

Судебно-психиатрическая оценка. Принимая во внимание всю серьёзность последствий установления симуляции, судебно-психиатрическую экспертизу подозреваемых в симуляции лиц следует проводить путём стационарного исследования в специальных отделениях при психиатрических больницах или в специальном судебно-психиатрическом учреждении, где имеются все условия для внимательного и всестороннего наблюдения испытуемых. Кроме того, в подобных учреждениях обеспечивается достаточная изоляция и исключается возможность побега лиц, подозреваемых в симуляции.

Судебно-психиатрическая оценка здоровых личностей, обнаруживающих признаки симуляции, не представляет никаких затруднений: они признаются вменяемыми.

При установлении, в результате судебно-психиатрической экспертизы, факта симуляции следует направлять испытуемых обратно в места лишения свободы; в распоряжение органов расследования или суда, не выжидая прекращения симуляции. Симулирующие могут продолжать упорно симулировать в расчёте на зачёт срока пребывания в больнице на экспертизе или при побеге. Продолжение производства по делу в обычном порядке лишает их подобных установок и способствует прекращению симуляции.

Основную трудность при судебно-психиатрической экспертизе представляют случаи симуляции на патологической почве. В этих случаях необходимо выяснить характер патологической почвы, на которой возникают указанные формы поведения, определить интенсивность и прогрессивность патологического процесса или глубину дефекта. Иногда характер симптома притворства помогает определить особенности патологической почвы.

Литература:

1. Морозов Г.В. Судебная психиатрия. «Юридическая литература». Москва. 1978. С. 169-182.
2. Георгадзе З. О. «Судебная психиатрия». Учебное пособие для студентов вузов. - М.: Закон и право, ЮНИТИ-ДАНА, 2003. С. 180-185.

21. Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних

1. Правовое положение несовершеннолетних.
2. Понятие психиатрической экспертизы.
3. Наиболее часто встречающиеся синдромы психических расстройств в подростковом возрасте.
4. Органические поражения центральной нервной системы у детей и подростков; шизофрения, олигофрения.

Выделение экспертизы несовершеннолетних в самостоятельный раздел судебной психиатрии диктуется особым правовым положением подростков, связанным с возрастными особенностями их психики, а также с тем, что психические нарушения в этом возрасте, а соответственно и их судебно-психиатрическая оценка имеют свою специфику.

Правовое положение несовершеннолетних определяется действующим законодательством, согласно которому подростки в возрасте до 14 лет не несут уголовной ответственности, а с 14 до 16 лет – являются ограниченно ответственными. Они могут быть привлечены к уголовной ответственности лишь за определённые виды преступлений (убийство, изнасилование, разбой и некоторые другие). В возрасте 16-18