

Частное учреждение образования
«МИНСКИЙ ИНСТИТУТ УПРАВЛЕНИЯ»

СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Учебно-методический комплекс
для студентов специальности
ПРАВОВЕДЕНИЕ

Минск
2009



Автор составитель:

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

Рецензенты:

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

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

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

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

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

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

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

Оглавление

1. История развития судебной психиатрии.

2. Диагноз и классификация в психиатрии.

I. Введение.

II. Классификация психических расстройств.

3. Предмет и содержание судебной психиатрии.

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

2. Задачи судебной психиатрии.

3. Связь судебной психиатрии с юридическими и другими науками.

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

Виды судебно-психиатрических экспертиз.

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

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

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

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

3. Основания для назначения судебно-психиатрической экспертизы.

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

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

5. Анатомия и физиология нервной системы.

1. Головной мозг.

2. Анатомия и физиология промежуточного мозга.

3. Анатомия и физиология заднего мозга.

4. Анатомия и физиология промежуточного мозга.

5. Ретикулярная формация.

6. Анатомия и физиология конечного мозга

7. Спинальный мозг.

8. Понятие об условных и безусловных рефлексах.

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

6. Понятие о патопсихологии и психических заболеваниях.

1. Определение.

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

3. Виды восприятия. Нарушения восприятия.

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

5. Память, её виды, расстройства памяти.

6. Мышление, его характеристики. Варианты патологии мышления.

7. Эмоции, основные типы эмоционального реагирования.

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

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

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

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

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

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

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

6.**10. Реактивные состояния.**

1. Определение.
2. Клиника реактивных состояний:
 - а) неврозы (исторический невроз, невроз навязчивых состояний, неврастения).
 - б) реактивные психозы (острые 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...»*

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

лет подростки привлекаются к уголовной ответственности по тем же статьям УК, что и взрослые. Но, во-первых, они в случае осуждения направляются в специальные воспитательно-трудовые учреждения для несовершеннолетних, а, во-вторых, при небольшой общественной опасности правонарушений к ним могут быть применены принудительные меры воспитательного характера.

На судебно-психиатрическую экспертизу обычно направляются подростки в возрасте 14-18 лет при возникновении сомнений в их психической полноценности. Указанный возраст, в течение которого происходит половое и психическое созревание, обозначается как **пубертат**. В развитии ребёнка это третья критическая фаза, является наиболее важной и сложной. Глубокая биологическая перестройка, претерпеваемая организмом в этот период, сопровождается бурным психическим «взрывлением». Ведущая роль в этом периоде принадлежит нервной системе и системе эндокринных желёз. Процесс психического созревания может протекать более спокойно и бурно, критически, в зависимости от целого ряда дополнительных факторов (патологическая наследственность, инфекционные и соматические заболевания в детстве, тяжёлые условия жизни и воспитания ребёнка, психические травмы и т.д.).

Современное течение пубертата характеризуется ускоренным физиологическим созреванием (акселерация) и несколько замедленным психическим созреванием (ретардация).

В период пубертата могут начинаться или обостряться хронические психические болезни (шизофрения, эпилепсия и др.). Пубертат имеет решающее значение для закрепления приобретённых отклонений характера ребёнка и превращения их в стойкие патологические свойства личности. Нарушение темпа полового созревания может стать источником своеобразного патологического формирования личности.

Клинический опыт показывает, что первое впечатление о психическом состоянии подростка часто оказывается ошибочным. Это происходит не только в связи с особенностями клинического оформления у них психических заболеваний, но также в результате нежеланием и неумением в этом возрасте сообщать о своих недугах. Подростки не могут последовательно защищать себя, с частой бравадой и склонностью к вымыслам, тенденцией к психологической интерпретации любых своих нелепых поступков, возможностью корректировать своё поведение высказывания во время беседы с официальным лицом и т.д.

Поэтому для обоснованного экспертного заключения необходимо получение объективных сведений о подростке, а перенесённых им в детстве заболеваниях и травмах головного мозга, о фактах его неправильного поведения в прошлом, о динамике его состояния в период обследования. Приведенные данные с очевидностью свидетельствуют о предпочтительности стационарного, а не амбулаторного освидетельствования подростка, а также о необходимости тщательного сбора материалов по уголовному делу.

При судебно-психиатрическом освидетельствовании чаще всего встречаются подростки с остаточными явлениями раннего органического поражения головного мозга, реже - с признаками психопатий, шизофрении, олигофренией, инфантилизмом и ещё реже с признаками эпилепсии.

Одной из основных особенностей всех этих заболеваний у подростков является стёртость, нерезкость, фрагментарность симптоматики и превалирование в клинической картине характерологических, невротических и поведенческих нарушений.

В экспертной практике редко приходится видеть у подростков острые психозы или состояния глубокого психического дефекта. Патологические процессы в этом возрасте часто развиваются исподволь, постепенно и отличаются вялым течением, медленным нарастанием симптоматики.

В период пубертата самым универсальным является **психопатоподобный синдром**, встречающийся в рамках любого патологического состояния и нередко занимающий в клинической картине ведущее место. В

зависимости от заболевания, при котором он наблюдается, этом синдром имеет свои особенности. К числу наиболее характерных для подросткового возраста относятся также синдромы фантазирования, дисморфофобический, идеи других родителей, иного происхождения и др.

Очень часто психические нарушения у подростков сочетаются с явлениями педагогической и социальной запущенности, в одних случаях вуалирующих глубину страдания, в других - создающих впечатление большей тяжести нарушений, чем это имеет место в действительности. При этом явления «запущенности» иногда бывают настолько массивными, что приобретают психопатоподобный характер.

Одной из самых характерных особенностей психических нарушений в подростковом возрасте является наличие в клинической картине симптомов психической незрелости (инфантильности).

В некоторых случаях психическая незрелость – единственное проявление психической аномальности. При таких состояниях, которые обозначаются как «инфантилизм», психическая незрелость часто сочетается с физическим недоразвитием и по этим параметрам подросток оказывается несоответствующим своему возрасту. В подобных случаях важность определения степени незрелости становится для эксперта очевидной. Так, если подросток 16 лет по своему психическому развитию соответствует иной, более низкой возрастной категории, ниже 14 лет, то его правовое положение, естественно, будет другим и его придётся экскульпировать, как не достигшего возраста уголовной ответственности.

При необходимости определения соответствия уровня психического развития подростка его паспортному возрасту назначается комплексная психолого-психиатрическая экспертиза.

В клинической картине психических заболеваний у подростков основное место занимают эмоционально-волевые, характерологические, невротические и шизоидные нарушения. Симптомы, свойственные основному заболеванию, нередко оказываются как бы замаскированными, вуалированными. Иными словами, в экспертной практике чаще всего встречаются **психопатии и психопатоподобные состояния**.

Основу психопатий составляют стойкие личностные, характерологические нарушения, формирующиеся с детства и обычно заканчивающиеся своим становлением к концу пубертата.

В период пубертата личностные, характерологические отклонения часто ещё разрозненны, нестойки, парциальны и не сложились в определённый клинический тип психопатии.

При формирующихся психопатиях отмечается также многообразие характерологических, невротических и поведенческих реакций, наблюдающихся у одного и того же подростка и ещё не уступивших место однотипному способу реагирования. В этом возрасте спонтанные расстройства настроения редки, клинические проявления часто мозаичны (у одного и того же подростка могут сочетаться свойства истерической, неустойчивой и возбудимой, психастенической и шизоидной личности и т. д.).

В подростковом возрасте преобладают менее сложные по структуре клинические формы (чаще всего встречаются возбудимые и истерические личности, далее следуют неустойчивые, астеники, реже других психастеники и шизоиды, практически отсутствуют наблюдающиеся у взрослых паранойяльные психопатии и некоторые другие).

Из поведенческих реакций наиболее характерны **реакции протеста и оппозиции, отказа, имитации**. Реакции протеста могут выражаться в стремлении «всё делать назло» или «наоборот», а также в форме агрессии и суицидальных попыток. Реакции отказа также многообразны (уход в себя, отказы от подчинения, от речевого общения и другие, более патологические формы этих реакций – длительные отказы от пищи, мутизм, запоры, рвоты и др.). Глубина указанных реакций может быть различной. Реакции протеста чаще наблюдаются у возбудимых личностей, имитации – у неустойчивых, отказа – у астеников и психастеников. К концу пубертата, кроме реакций, могут наблюдаться спонтанные колебания настроения, декомпенсации и

так называемый «**психопатический цикл**» (по О.В. Кербикову). Когда психопатический подросток в силу своих личностных особенностей создаёт вокруг себя трудную ситуацию и реагирует на неё психопатически, что приводит к заострению психопатических свойств и к учащению психопатических реакций, которые постепенно закрепляются и делаются однотипными для данной личности.

Основанием для признания психопатического подростка невменяемым является только такая степень выраженности личностных нарушений, которая исключает способность подростка отдавать отчёт за своих действиях и руководить ими.

Показателями глубины психопатии являются:

- 1) выраженная психическая и социальная незрелость (патологическая внушаемость, несформированность высших волевых функций, лёгкость включения в любую затею без продуманности и борьбы мотивов, неумение соотносить свои поступки с реальной обстановкой и др.;
- 2) резко очерченная дисгармоничность психики (сочетание внушаемости и упрямства вплоть до негативистических форм поведения, чёрствое или даже холодное отношение к другим и лёгкость возникновения сверхценного отношения к ущемлению своих интересов, частые столкновения с окружающими и неумение приобретать опыт межличностных отношений и т. д.);
- 3) некорректируемость поведения;
- 4) тотальная неадаптированность;
- 5) недостаточность критики;
- 6) склонность к частым декомпенсациям;
- 7) склонность к спонтанным утяжелениям психопатической симптоматики.

Патологический характер динамических сдвигов (чаще, тяжёлые реакции, декомпенсации, появление элементов патологического развития личности и др.) также может быть основанием **для признания психопатического подростка невменяемым**.

Особая динамичность состояния подростка с формирующейся психопатией должна учитываться при повторных освидетельствованиях, показывающих, что первое и последующие экспертные заключения часто оказываются неидентичными.

Органические поражения центральной нервной системы у детей и подростков могут быть следствием перенесенных внутриутробно и в детстве инфекционных заболеваний (менингит, энцефалит, сифилис мозга, цепочки детских инфекций), черепно-мозговых травм, нейроревматизма. Повреждение развивающегося мозга обычно сопровождается общей или частичной задержкой развития, разной степени выраженности. В практике экспертизы несовершеннолетних наиболее часто приходится наблюдать психопатоподобные состояния органической природы, хотя последствием органических поражений могут быть также церебрастенические, неврозоподобные, эпилептиформные расстройства и явления слабоумия.

В психопатоподобных состояниях органический дефект проявляется в незначительной задержке психофизического развития, некотором снижении памяти, внимания, моторном беспокойстве, эмоциональной обеднённости, склонности к аффективным или даже импульсивным реакциям, в расстройствах влечений (дромомания, пиромания, сексуальные извращения). Частыми симптомами являются стойкий энурез, головные боли, головокружения, обмороки, склонность к судорогам, непереносимость духоты, езды в транспорте, неврологическая симптоматика. Все эти явления обычно имеют тенденцию сглаживаться с возрастом и к периоду пубертата на первый план выступают характерологические, психопатоподобные нарушения, которые, как и психопатии, могут выступать в виде различных клинических вариантов. Однако наиболее часто речь идёт о подростках с повышенной

возбудимостью, неустойчивостью или истерическими особенностями. Наличие органической симптоматики, расстройств влечений, более грубые изменения в аффективной сфере, большая мозаичность клинической картины позволяют отличать эти состояния от психопатий. Экспертная оценка психопатоподобных состояний аналогична таковой при психопатиях, однако при этом приходится учитывать не только глубину личностных характерологических нарушений, но и тяжесть органического дефекта.

Распознавание шизофрении в подростковом возрасте имеет очень существенное значение, поскольку **констатация** этого психического заболевания **сопровождается экскульпацией**. Трудности диагностики шизофрении у подростков связаны с тем, что в судебно-психиатрической клинике в основном приходится иметь дело с вялотекущими психопатоподобными формами, которые нередко отличаются большим сходством с формирующимися психопатиями.

Иногда при первом знакомстве с такими больными обращает на себя внимание безмотивный, импульсивный характер правонарушения и отсутствие адекватной реакции на суровое или нелепая мотивация, что заставляет заподозрить экспертов шизофрению у подростка.

В период пубертата при шизофрении наблюдается усиление патологической замкнутости, аффективные реакции становятся однообразными и не соответствующими вменяемому поводу. В это время нередко возникают идеи иных родителей, которые в отличие от таковых при психопатиях легко трансформируются в бред. Склонность подростков к нелепым абстрактным построениям, пустому мудрствованию, упорный интерес к вопросам мироздания, оторванность от реальности, склонность к полному и длительному бездействию, приступы вялости и безразличия или нарастание этих явлений; холодность и неприязнь к родителям, малая внутренняя связь переживаний с личностью психопатоподобную шизофрению у подростков от психопатий.

Значительные трудности представляет экспертиза **олигофрений**. Из трёх степеней этого врождённого или приобретённого малоумия (идиотия, имбецильность, дебильность) в практике экспертизы, как правило, встречается дебильность различной степени выраженности.

Трудности, возникающие при экспертизе подростков с олигофрениями в степени дебильности, обусловлены, с одной стороны, склонностью таких лиц к утяжелению состояния в трудной для них обстановке, к реакциям астерности, с другой – присущей им тенденции к аггравации.

При судебно-психиатрической квалификации этих состояний необходимо принимать во внимание не только глубину интеллектуального дефекта, но и состояние эмоционально-волевой сферы, нарушение мотивации поступков, повышенную внушаемость, неспособность соизмерять и корригировать свои аффективные побуждения и поведение, неумение ориентироваться в конкретной ситуации и адаптироваться к ней, целенаправленность в поступках. Состояние критических способностей является важным критерием глубины шизофрении. Внушаемость дебильных подростков следует учитывать при оценке их показаний, особенно когда они являются важными свидетелями по делу или потерпевшими.

Кроме всем подросткам, признанным невменяемыми, применяются меры медицинского характера (направление под наблюдение районного психиатра, на лечение в психиатрическую лечебницу на общих основаниях или принудительное). В больнице целесообразно помещать подростков в специальные подростковые отделения.

Экспертиза несовершеннолетних включает в себя также определение психического состояния **свидетелей и потерпевших**, когда возникает сомнение в их способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания. Для решения вопроса об

отношении к показаниям этих подростков эксперт должен выяснить, мог ли несовершеннолетний по своему психическому состоянию правильно воспринимать факты и последовательность событий и объективно их излагать. При наличии у подростка выраженных изменений психики, слабоумия, психического заболевания с бредом, галлюцинациями к его показаниям следует относиться, как к показаниям душевнобольного. Подростки, не являющиеся психическими больными, не обнаруживающие какие-либо отклонения психики, могут быть допрошены в качестве свидетелей. Достоверность их показаний оценивается органами расследования и судом путём сопоставления с другими доказательствами по делу.

На качество показаний подростков влияют их возрастные особенности психики: неполнота и неточность восприятия ими обстоятельств дела и их изложения, склонности к вымыслам, повышенная внушаемость. Большое значение имеет обстановка допроса, полнота контакта с подростком, форма задаваемых вопросов (недопустимы «наводящие» вопросы, иногда нежелательны очная ставка и перекрёстный допрос).

Для подростков, признанных невменяемыми, не обнаруживающими тем или иные психические отклонения, в местах лишения свободы необходимо создавать специальный педико-педагогический режим, направленный на коррекцию не только их социально-психологических усвоений, но и психической аномальности.

Литература:

1. Морозов Г.В. Судебная психиатрия. «Юридическая литература». Москва. 1978. С. 331-340.

22. Суицид

1. История вопроса.
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 на повышенную суицидоопасность.
11. Факторы повышенного суицидального риска (экстраперсональные, интроперсональные).
12. Антисуицидальные факторы.

В разных культурах отношение к суициду всегда было неоднозначным. В Древней Греции к нему относились негативно, суицид считался юридически наказуемым преступлением, даже считалось, что необходимо отрубить руку человеку, совершившему это деяние. В нашей культуре отношение к самоубийству всегда было негативным, людей совершивших такой поступок, не хоронили на кладбище, не пели в церкви. Это было серьезным, сдерживающим моментом в плане роста суицидов.

Католицизм также относится к этому явлению негативно. Очень низкие суицидальные тенденции в Италии, Испании, Греции, странах Латинской Америки, по данным многих авторов, как раз списываются на то, что эти страны с позиции католической веры осуждают это явление. То есть, социокультурный феномен играет огромную роль в этом вопросе.