

Частное учреждение образования
«МИНСКИЙ ИНСТИТУТ УПРАВЛЕНИЯ»

СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Учебно-методический комплекс
для студентов специальности
ПРАВОВЕДЕНИЕ

Минск
2009



Автор составитель:

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

Рецензенты:

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

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

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

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

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

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

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

Оглавление

1. История развития судебной психиатрии.

2. Диагноз и классификация в психиатрии.

I. Введение.

II. Классификация психических расстройств.

3. Предмет и содержание судебной психиатрии.

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

2. Задачи судебной психиатрии.

3. Связь судебной психиатрии с юридическими и другими науками.

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

Виды судебно-психиатрических экспертиз.

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

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

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

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

3. Основания для назначения судебно-психиатрической экспертизы.

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

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

5. Анатомия и физиология нервной системы.

1. Головной мозг.

2. Анатомия и физиология промежуточного мозга.

3. Анатомия и физиология заднего мозга.

4. Анатомия и физиология промежуточного мозга.

5. Ретикулярная формация.

6. Анатомия и физиология конечного мозга

7. Спинальный мозг.

8. Понятие об условных и безусловных рефлексах.

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

6. Понятие о патопсихологии и психических заболеваниях.

1. Определение.

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

3. Виды восприятия. Нарушения восприятия.

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

5. Память, её виды, расстройства памяти.

6. Мышление, его характеристики. Варианты патологии мышления.

7. Эмоции, основные типы эмоционального реагирования.

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

3.

7. Патологическое развитие характера. Психопатии.

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

4.

8. Олигофрении. Судебно-психиатрическая экспертиза при олигофрении.

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

5.

9. Временные психические расстройства.

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

6.

10. Реактивные состояния.

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

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 медико-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.

В других же странах, например, в Китае, отношение к суициду было весьма спокойное. Считалось, что человек, таким образом, освобождает душу. Такой же примерно подход был и в Древней Индии. В Японии до недавнего времени существовал обряд харакири: когда совершение самоубийства считалось высшим проявлением мудрости, честности, порядочности. Существовали традиции как добровольного, так и принудительного харакири. Если человек добровольно решал свести счеты с жизнью, созвав членов своей семьи, облачаясь во все белое, он вспарывал себе живот, а в этот момент сын или близкий друг отрубал ему голову.

Но все это относится к разговору о традициях. Сейчас в мире происходит смешение культур, и в большей мере, чем религиозный и социокультурный факторы, на человека влияют урбанистический и экономический факторы. Например, замечено, чем больше город, тем большее количество самоубийств в нем происходит, так как человек себя чувствует потерянным и ненужным. В сельских районах тенденция к увеличению роста самоубийств проявляется в гораздо меньшей мере. В 1993 году в России было совершено 56 73 самоубийств, что составляет 39 случаев на 100 тысяч населения. В 1994 - 45 человек на 100 тысяч населения. Для сравнения: в том же 1994 г. во Франции 22 случая, в ФРГ - 21, США - 12, Великобритании - 9, Чехословакии - 21. Здесь, кроме урбанистических, сказываются и экономические факторы, которые серьезно отражаются на психике людей. Часто на пике экономических и личностных проблем, человек решает «наложить на себя руки». Например, если взять в возрастном плане, то субъективность мышления подростков, проявляется в том, что они перенимают эталоны поведения у героев телеэкрана. Их прельщает сам подход к самоубийству, как к возможности в критической ситуации сохранить честь и достоинство, свой личностно-социальный статус. Такого типа суициды свойственны высшему составу армии. Многие офицеры совершают подобные деяния. Особо надо отметить медицинские аспекты самоубийства, как явления, так как 1/3 всех самоубийств были следствием каких-либо психических расстройств.

Феномен самоубийства сохраняет свою актуальность для человечества как этическая, социальная, медицинская и психологическая проблема. Согласно данным ВОЗ, мировые экономические потери от суицида составили 1,8% глобального бремени болезней в 1998 г. и составят 2,4% к 2020 г., когда количество людей, умерших от суицида достигнет 1 530 000 в год.

Самоубийство находится среди 10 ведущих причин смерти в большинстве государств. В некоторых из них - является третьей по значимости смертей в возрастной группе от 15 до 34 лет. За цифрами, отражающими экономический ущерб от суицидов, скрыты трудно представимые в количественной шкале моральные, нравственные, духовные и психологические потери, связанные со смертью человека и травматической реакцией горя, переживаемой его близкими.

Наиболее высокие уровни суицидов в настоящее время отмечаются в странах Восточной Европы. В 2001 г. среди Европейских государств Беларусь занимала третье место по уровню суицидов (33,2/100000 населения в год) после Литвы (43,8/100000) и Российской Федерации (37,9/100000) при среднем для Европы уровне 18/100000 [16]. Регулярной статистической базы данных по распространенности суицидальных попыток (парасуицидов) в ВОЗ не существует, т.к. не существует единой системы их регистрации в государствах-членах ВОЗ. Однако ряд эпидемиологических исследований дают основания предполагать, что уровни регистрируемых суицидальных попыток (парасуицидов) в 10-20 раз превышают уровни суицидов.

В отношении суицидов существуют следующие мифы.

1) Самоубийства совершают психически ненормальные люди. Но исследования показали: 80 - 85% самоубийц были вполне здоровыми людьми.

- 2) Самоубийство невозможно предотвратить. Но период кризиса - явление временное, и в этот момент человек нуждается в душевной теплоте, помощи и поддержке. Получив это, человек часто отказывается от своих намерений.
- 3) Существует тип людей, склонных к самоубийству. Все зависит не только от ситуации, но и от ее личностной оценки.
- 4) Не существует признаков, которые бы указывали на то, почему человек решился на самоубийство. Самоубийству обычно предшествует необычное поведение.
- 5) Человек перед самоубийством будет говорить об этом, но окружающие воспримут это как шутку. В большинстве случаев, если не принимать во внимание аффективные суициды, прослеживаются коварные замыслы. То есть, человек всегда предупреждал окружающих о своих намерениях.
- 6) Решение о суициде приходит внезапно, без предварительной подготовки. Анализ показал, что суицидальный кризис может длиться несколько недель, и даже месяцев.
- 7) Если человек совершил попытку самоубийства, он никогда не повторит ее снова. В том же деле, если человек совершил попытку, то риск повторной попытки очень высок. Наибольшая вероятность повторного суицида - в первые 1 - 2 месяца (60 -80%), после первой попытки.
- 8) Влечение к самоубийству передается по наследству. Это утверждение кем еще не доказано.
- 9) Снижению уровня самоубийств, способствуют статьи в СМИ рассказывающие о том, как и почему было совершено самоубийство. В СМИ, должен сообщаться не сам факт самоубийства, а то, как эту ситуацию можно было предотвратить.
- 10) Самоубийство можно предотвратить, если люди не будут загружены работой. Это то же неправда.
- 11) Прием алкоголя помогает снять суицидальное переживание. Но зачастую, это вызывает обратный эффект: повышается тревога, обостряются конфликты, тем самым, способствуя самоубийству. 50% суицидов совершены в состоянии алкогольного опьянения.

Самоубийство, или суицид (лат. sui – себя, caedere – убивать), - это осознанное лишение себя жизни.

Суицидальное поведение - понятие более широкое и помимо суицида включает в себя суицидальные покушения, попытки и проявления. К покушениям относят все суицидальные акты, не завершившиеся летально по причине не зависящей от суицидента (например, своевременная реанимация).

Суицидальными попытками считаются демонстративно-установочные действия, при которых суицидент чаще всего знает о безопасности применяемых им средств самоубийства. Однако вышесказанное не снижает потенциальной опасности подобных действий.

К суицидальным проявлениям относят суицидальные мысли, намёки и высказывания, не сопровождающиеся какими-либо действиями, направленными на лишение себя жизни.

Эти формы обычно рассматриваются как стадии или же проявления одного феномена.

В самом широком смысле самоубийство – **вид саморазрушительного, аутодеструктивного поведения** (наряду с пьянством, курением, потреблением наркотиков, а также переяданием). По терминологии западной суицидологии «**косвенное убийство**» (indirect suicide) включает злоупотребление алкоголем, наркотиками, переядание и «спорт высокого риска».

В более узком, медико-биологическом смысле самоубийство означает вид насильственной смерти с указанием её причины.

Некоторые авторы отличают от суицида **парасуицид (или «квазисуицидальные попытки»)**, или «не суицидальные попытки». К парасуициду относят самоповреждения, самокалечение, суицидальные попытки.

В настоящее время нет единой теории, объясняющей природу самоубийств. Среди множества концепций выделяются четыре основные: биологическая теория, психопатологическая, психологическая и социальная.

1. Биологическая концепция исходит из инстинктивной природы самоуничтожения, эволюционного характера самоубийства как «приспособительного» (хотя и не адаптивного) механизма освобождения от неполноценных, болезненных особей, элемента естественного отбора.

2. Психопатологическая концепция исходит из положения о том, что все самоубийцы – душевнобольные люди, а суицидные действия – проявления острых или хронических психических расстройств.

3. Психологическая концепция отражает точку зрения, согласно которой в формировании суицидальных тенденций ведущее место принадлежит психологическим факторам (от фрейдовского «танатоса» до современных представлений о природе психологической дезадаптации).

3. Фрейд рассматривал самоубийство как проявление инстинкта смерти, который может выражаться агрессией и как частный случай – аутоагрессией. Сторонники этой концепции считают, что самоубийство – это преобразованное, направленное на себя убийство.

По мнению известного финского суицидолога Achte, суицид может носить характер любовного влечения, когда лицо, совершающее самоубийство, надеется путём смерти соединиться с любимой или с родственниками, по которым скучает. Склонные к суициду лица, по мнению Achte, надеются, что они после смерти смогут обрести любовь и сочувствие, на которые тщетно надеялись при жизни. Смерть для них представляется привлекательной. Особенно это касается суицидальных намерений. В своих суицидальных фантазиях такие лица созерцают собственные похороны, наслаждаются признанием в любви и раскаянием близких и родственников.

Французский психиатр и суицидолог С. Бюган обнаружил существование прямой зависимости между суицидальным поведением и «страстной любовью». При этом суицидальное поведение, по мнению автора, является своеобразной попыткой стать «хозяйном положения» и может временно снять напряжение, вызванное тяжёлым кризисным состоянием.

С точки зрения G. Zilberg каждый суицидальный акт выражает не только бессознательную враждебность, но также необычный дефицит способности любить других.

Большинство отечественных исследователей, не снижая роли психологических факторов в формировании суицидального поведения, тем не менее, не считают их ведущими факторами и рассматривают в совокупности с социальными и биологическими. Большой интерес представляют работы, в которых психологические особенности личности рассматриваются как один из предрасполагающих факторов, позволяющих прогнозировать суицидальное поведение.

И.А. Корончук, В.К. Мягер выделяют **три основных свойства, характеризующих личность суицидента:**

- повышенная **напряжённость потребностей**, выражающаяся в необходимости неуклонного достижения поставленной цели;
- повышенная потребность в эмоциональной близости, зависимости от любимого человека, **когда собственное «Я» растворяется и воспринимается лишь в паре**, а вся жизнь человека строится на сверхзначимых отношениях;
- **низкая способность личности к образованию** любого рода **компенсаторных механизмов**, неумение ослабить фрустрацию.

А.Г. Абрумова, рассматривая роль личности в проблеме суицида, отмечает, что суицидогенность ситуации определяется готовностью личности воспринять и расценить её как таковую. Исходя из этого

положения и обосновывая его практическую значимость, автор выделяет **несколько типов адаптированной личности.**

1) Интегрированный тип. Представители этого типа не отдадут предпочтения ни профессиональной, ни интимной сфере. Спокойны и уравновешены, терпимы и внимательны, привычки, потребности у них определены, устойчивы. Проблемы подчинения и руководства принимают. Это, как правило, специалисты высокого или среднего класса. Этот тип не суицидоопасен.

2) Компенсаторно-адаптированный тип. Для этого типа характерно резкое предпочтение либо профессиональной, либо интимной сфер. При этом более «сильная» компенсирует более «слабую». Описываемый тип личности суицидоопасен в кризисные периоды (особенно в 18-25, 50 и 60 лет).

3) Дискордантно-адаптированный тип. Различий в значимости сфер нет. Если в одной из них недостаточно социализации, то другая не может её компенсировать, а, напротив, дезорганизуя, ещё больше. Потребности в этой сфере фрустрируются. Каждый провал переживается очень болезненно, что, в свою очередь, расшатывает адаптацию. Человек либо уходит в одну сферу либо принимает характер «мятника». Рассмотренный тип личности очень суицидоопасен.

4) Ригидно-конформный тип. Представители этого типа формальны. Высшая ценность для них – собственный статус и самоутверждение. Самооценка завышена, тяжело переносят смену стереотипов. Этот тип суицидоопасен лишь при крахе карьеры (суицид в этом случае протуман).

5) Ограниченно-конформный тип. Для этого типа характерна личность, имеющая твёрдо усвоенный набор правил, установок (скорее важна форма, а не содержание). Отсутствуют установки на самостоятельное принятие решений. Представители рассматриваемого типа дисциплинированы, подчиняемы, часто ипохондричны, в стрессе терпимы, у них снижается настроение. Чувствительны к перегрузкам и переменам стереотипов. В эти моменты их поведение суицидоопасно, хотя риск суицида невысок.

6) Тип социально ведомых, среди которых выделяются одобряемые и социально порицаемые. Правила не представляют для них ценности, хотя иногда служат средством достижения личного благополучия. Для них характерны недостаточная волевая активность, отсутствие самолюбия. С ранних периодов развития такие люди приобретают себе в ведущего, на которого перекладывают ответственность за все решения, копируют его социальный облик. Такой тип суицидоопасен при потере ведущего или его резкой смене.

7) Тип патологически дезадаптированных. Дефекты социализации у этих лиц изначально связаны с наличием психической патологии.

4. Социологическая концепция исходит из того, что в основе суицидального поведения лежит снижение и неуверенность в социальной интеграции, а самоубийство во всех случаях может быть понято лишь с точки зрения взаимоотношений индивида с социальной средой, при этом собственно социальные факторы играют ведущую роль. Специалисты ВОЗ обратили внимание на тот факт, что рост самоубийств в странах, вступающих на путь экономического и социального развития, прямо пропорционален темпам экономического развития этих стран. Однако влияние социальных и экономических факторов на возникновение суицида носит, как правило, косвенный характер. Современное состояние культуры предполагает постоянное принудительное общение с огромной массой людей, которое обезличивает конкретного человека и впоследствии порождает конфликты. Вспоминается известная по этому поводу фраза Конрада Лоренца: «Степень отчужденности людей прямо пропорциональна плотности населения».

Основатель и ярчайший представитель социологического подхода к анализу суицидального поведения Э. Дюркгейм разделил самоубийства на **три основные категории.**

1) Альтруистическое самоубийство – это своеобразный акт принесения своей жизни в жертву ради блага своей социальной группы – семьи, друзей, единомышленников и др.

2) Эгонистическое самоубийство – характерно для людей, утративших чувство единства со своей социальной группой и, таким образом, больше не ощущающих себя подвластными социальному, семейному, религиозному контролю со стороны своей группы.

3) Аномическое самоубийство (от франц. *anomie* – отсутствие закона, организации). Наблюдается среди людей, живущих в обществе, где недостает «коллективного порядка», поскольку оно находится в стадии коренных социальных перемен или переживает политический кризис.

Многими современными исследователями среди социальных факторов на первом плане выдвигается социальная изоляция, поскольку среди самоубийц гораздо чаще, чем среди населения в целом, встречаются разведённые, безработные и одинокие.

Нельзя обойти вниманием тот факт, что, будучи микросоциально обусловленными, большинство суицидальных действий направлены не на самоуничтожение, а на восстановление нарушенных социальных связей с окружающими. Это в первую очередь относится к суицидальным действиям подростков, поскольку они направлены обычно не против своей личности, а против окружения. В большинстве случаев в подростковом возрасте речь идёт не о покушении на самоубийство, а лишь о применении суицидальной техники для достижения той или иной несуйцидальной цели. Всё вышесказанное, однако, не снижает потенциальной опасности таких действий.

Е. Шир выделяет следующие **типы суицидальных действий**.

- **неодолимое действие** – характеризуется преобладанием выраженного аутоагрессивного компонента. Аутоагрессия имеет место при изменённом сознании, психотических состояниях, в том числе у лиц с органическими поражениями мозга;

- **преднамеренное действие** – отличается тем, что такого рода суицид тщательно продуман в отношении времени, места и способа совершения, и этот план с упорной последовательностью выполняется;

- **импульсивное действие** – характеризуется внезапностью;

- **амбивалентное** – в этом случае существуют аутоагрессивный компонент и поведение, ориентированное на окружающих, а также амбивалентность в отношении способа самоубийства. Именно для этого типа суицидальных действий характерны суицидальные попытки с последующим криком: «Помогите!»;

- **демонстративное действие** – это, как правило, реакция на психотравмирующую ситуацию. Поэтому суицид нередко совершается в присутствии конфликтогенного лица.

Е.М. Зроно, А.Г. Амбрумова, исследуя личностные особенности подростков с суицидальным поведением, пришли к выводу, что для большинства из них характерна импульсивность, которая проявляется в неспособности обдумывать сколько-нибудь продолжительное время принятые решения, прогнозировать последствия поступков. Подросткам – суицидентам свойственна эмоциональная неустойчивость, чем и объясняется большое количество конфликтных ситуаций, часто заканчивающихся суицидальными действиями. Большинство подростков, совершивших суицидальные действия, отличались повышенной внушаемостью, а также некоторой несамостоятельностью мышления, зависимостью от мнения окружающих, стремлением строить своё поведение по образцу героев книг, фильмов и т. д.

На основании анализа характера поведения суицидентов выделяется несколько типов **личности повышенного суицидального риска**.

1. Эмоциональный тип. Для него характерна чрезвычайная эмоциональная подвижность и быстрая смена настроения. Он слабо защищён от воздействия раздражителей негативного плана. Откровенный и

простодушный подросток, склонен к сопереживаниям, очень привязан к близким людям. Неудачи, конфликты, потеря близкого человека могут послужить для него причиной, побуждающей к самоубийству.

2. Депрессивный тип. Резко выраженное чувство собственной ущербности, робость, застенчивость. Он страдает от любой грубости, часто находится в подавленном настроении, недоверчив к окружающим, подозрителен. Ему постоянно кажется, что окружающие его презирают. Он пассивен, часто жалуется на усталость. Грубое обращение с таким подростком, укор, упрек на глазах у окружающих в пресуицидальный период могут спровоцировать самоубийство.

3. Агрессивный тип. Не умеет и не хочет подчиняться. Неуживчив в коллективе. Буквально ввязывается в каждый пустяк. Вспышки гнева ведут к необузданной ярости. При особых обстоятельствах, когда цели кажутся недостижимыми, агрессивность направляет на самого себя.

4. Истерический тип. Постоянно приковывает к себе внимание, стремится быть в центре событий. Такой человек способен на неординарные поступки, всё его поведение рассчитано на эффект. Могут быть припадки, обмороки. Не терпит неприязни со стороны окружающих, если её обнаруживает, он способен на шантажные суицидальные попытки.

Личностные реакции, обладающие потенциальной суицидальностью у суицидента, выделяются в отдельную категорию в современной суицидологии.

1. Реакция эгоцентрического переключения. Возникает внезапно, происходит скоротечно, суицидентом выбирается первое попавшее под руку орудие. Решить проблему и остановить человека от рокового шага трудно; однако вскоре появляется критическое отношение к акту, сожаление о происшедшем.

2. Реакция психалгии – аффективная реакция душевной боли на высокие степени отрицательных эмоций. Модальности аффектов психалгии могут быть различными: тоскливые, тревожные, раздражительные. При этой реакции значителен риск завершённого суицида, а после неудачи могут быть рецидивы.

3. Реакция переживания негативных и персональных отношений (речь идёт о значимых для суицидента лицах) - характерна депрессивная реакция, когда, стремясь оторваться от источника боли, человек ещё сильнее притягивается к нему. Пресуицидальный период более продолжителен. Часто встречаются демонстративно-шантажные попытки, при которых суицидент хочет, чтобы источник конфликта знал о его намерениях.

4. Реакция отрицательного баланса – самоубийство в результате «подведения жизненных итогов», взвешивания всех «за» и «против». Такое самоубийство тщательно и скрыто готовится, чтобы умереть наверняка. При этом отсутствует аффективная напряжённость («холодный пресуицид»). Реакция характерна для больных неизлечимыми болезнями, стариков и чрезвычайно трудно поддаётся коррекции.

Понятие о слове психалгии – «невыносимой душевной боли».

Психалгия – это не патология, при ней не нарушается режим основных вегетативных, витальных проявлений, сохраняется способность эмоциональной дифференциации внешних раздражителей, поддерживается система общения, состояние душевной боли зачастую скрывается. При психалгии нарушается равновесие в соотношении временных периодов: **она отрезает индивида от его прошлого и будущего,** фиксируя на душевной настоящей боли. Дезактуализируются потребности, не связанные с болью. Остаётся лишь деятельность, связанная непосредственно с психалгией.

Возможные исходы психалгии:

- возвращение к норме;
- суицидальное поведение;
- психическая патология.

Проблема мотивации и причинной обусловленности суицидального поведения тесно связана с вопросом о факторах, лежащих в основе суицидального поведения.

Факторы повышенного суицидального риска делятся на экстраперсональные и интроперсональные.

1. К экстраперсональным факторам относятся следующие факторы:

- а) психозы и пограничные психические расстройства;
- б) суицидальные высказывания, повторные суицидальные действия, постсуицид;
- в) подростковый возраст;
- г) экстремальные, особенно так называемые маргинальные условия жизнедеятельности;
- д) утрата престижа;
- е) конфликтная психотравмирующая ситуация;
- ж) пьянство, употребление наркотиков.

2. Среди интроперсональных факторов можно выделить:

- а) особенности характера;
- б) сниженную толерантность к эмоциональным нагрузкам и фрустрирующим факторам;
- в) неполноценность коммуникативных систем;
- г) неадекватную (завышенную, заниженную или неустойчивую) самооценку;
- д) отсутствие или утрату целевых установок или ценностей, лежащих в основе жизни.

В процессе анализа релевантных суициду факторов нельзя остановиться на так называемом эффекте Вертера – совершении самоубийства под влиянием чужого либо примера. Эпидемии самоубийств, особенно в молодёжной среде, может породить талантливое произведение искусства.

Так, доказательно установлено, что появление в 1744 г. «Страданий юного Вертера» Гёте, гениального описания жизни и смерти юноши от несчастной любви, вызвало целую волну самоубийств среди молодёжи в подражание любимому герою.

Примерно такой же эффект на русское общество начала XIX века оказала «Бедная Лиза» Н.М.Карамзина.

Сотни американцев, в своё время, последовали примеру Мэрилин Монро, версия, об отравлении которой широко обсуждалась в печати. Тот же эффект наблюдался и после смерти Есенина.

Вероятно, описанный феномен кроется в перенесении положительного отношения к герою на все его действия и в «подказку» потенциальному суициденту способа выхода из возникшей острой конфликтной ситуации, из которой сам суицидент выхода не находит.

Постановка суицидологического диагноза (а он, по мнению многих исследователей также правомочен, как и другие) должна осуществляться с учетом, как суицидальных факторов, так и **антисуицидальных факторов**. К ним относятся следующие факторы.

1. Выраженная эмоциональная привязанность.
2. Родственные обязанности.
3. Чувство долга, понятие о чести.
4. Зависимость от общественного мнения (в том случае, если общественные нормы не допускают суицида).
5. Наличие планов, определяющих жизненные цели.
6. Внимание к собственному здоровью.
7. Представление о неиспользованных возможностях.
8. Наличие эстетических критериев мышления.
9. Экзистенциальное осмысление конфликта.

10. В последнее время утраченная когда-то вера возвращает своё былое влияние, в том числе и на решение потенциального суицидента. Таким образом, это позволяет рассматривать веру как важный антисуицидальный фактор.

Проблема самоубийства возникла на заре человечества и формировала на протяжении многих веков противоречивые отношения к себе. Однако изучаться она стала сравнительно недавно. И мифы, которые когда-то окружали суицид и по сей день живут в общественном сознании.

Литература:

1. Underwad S. William, Nardy Richard E. The relationship of vocational adjustment to personal adjustment. //Psychological Bulletin. 1965. V.64.No 3. P.164-182.
2. Абрумова А.Г. Анализ состояний психологического кризиса и их динамика. Психологический журнал, том 6, № 6. 1985. С.107-115.
3. Алиев И.А. Актуальные проблемы суицидологии. – Баку. 1987. С. 289.
4. Арефьева Т. Социологический этюд. М., 1998. С.205.
5. Газета «Спид-Инфо» №12, 2001, с.12.
6. Кондрашенко В.Т. Девиантное поведение у подростков. Минск. 1981. С.117-134, 142-145.
7. Ласый Е. В. Стратегии снижения суицидального риска: роль системы здравоохранения и медицинских работников в профилактике суицидов. Журнал «Медицина», №2, 2007. С.14-20.
8. Погодин И.А. Суицидальное поведение: психологические аспекты. Учебное пособие. Москва. Изд-во Флинта, 2008. С. 1-24.
9. Психология. Словарь (Под общей редакцией А.И. Петровского, М.Г. Ярошевского). – 2 изд. испр. и доп. – М., Политиздат, 1990. С. 15, 390.
- 10.Трегубов Л., Вагин Ю. Эстетика самоубийства – Пермь. 1993. С.319.
11. Франкл В. Человек в поисках смысла: сборник. Пер. с англ. и нем. Общ. Ред. Л.Я. Гозмана и Д.А.Леонтьева. –М., Прогресс, 1980, с. 5.
12. Фрейд З. Психоаналитические этюды. Анализ фобии пятилетнего мальчика. Минск. ООО «Попурри». 2001. С. 273-370.
13. Хэзлем М.Т. Психология: вводный курс. Пер. с англ. –М.: ООО Фирма «Издательство АСТ», Львов: «Инициатива», 1993. С. 55-257, 342, 550.

Вопросы для подготовки к зачёту по дисциплине

«Судебная психиатрия»

Тема 1. История развития судебной психиатрии.

1. Какие наиболее ранние области судебной психиатрии Вы знаете?
 - + участие в решении вопросов дееспособности психически больных, экспертиза по вопросу о вменяемости;
 - лечение психических больных;
 - диагностика психических болезней;
 - изоляция психически больных от общества;
 - профилактика психических заболеваний.

2. Причиной психических болезней в глубокой древности считались:
 - + внедрение в человека постороннего духовного начала;