

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Костромской государственный университет»
(КГУ)

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

40.03.01, Юриспруденция

Направленность/специализация: – юриспруденция

Квалификация выпускника: бакалавр

**Кострома
2023**

Рабочая программа дисциплины «Судебная психиатрия» разработана в соответствии с Федеральным(и) государственным(и) образовательным(и) стандартом(ами) федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования - бакалавриат по направлению подготовки 40.03.01 Юриспруденция, утвержденном Министерством науки и высшего образования российской федерации от 13 августа 2020 г. N 1011, зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 7 сентября 2020 г. N 59673

Разработали: Евстегнеев А.С., заведующий кафедрой уголовно-правовых дисциплин, кандидат юридических наук, доцент и Ювенский И.В., старший преподаватель кафедры уголовно-правовых дисциплин

Рецензенты: Лукоянов Д.Н., кандидат юридических наук, доцент, заведующий кафедрой судебной и правоохранительной деятельности

ПРОГРАММА УТВЕРЖДЕНА:

На заседании кафедры конституционного и муниципального права
Протокол заседания кафедры № 11 от 2 июля 2021г.
Заведующий кафедрой
Мельников Иван Николаевич, к.ю.н., доцент

ПРОГРАММА ПЕРЕУТВЕРЖДЕНА:

На заседании кафедры конституционного и муниципального права
Протокол заседания кафедры № 10 от 4 июля 2022г.
Заведующий кафедрой
Мельников Иван Николаевич, к.ю.н., доцент

ПРОГРАММА ПЕРЕУТВЕРЖДЕНА:

На заседании кафедры конституционного и муниципального права
Протокол заседания кафедры № 10 от 4 июля 2023г.
Заведующий кафедрой Мельников Иван Николаевич, к.ю.н., доцент

1. Цели и задачи освоения дисциплины

Цель дисциплины:

- сформировать знания, умения, навыки и первичный опыт по основным вопросам судебной психиатрии: правовое положение лиц с психическими расстройствами, проведение судебно-психиатрической экспертизы в уголовном и гражданском процессе, оказание психиатрической помощи осужденным;
- подготовить выпускников, знающих возможности современной судебной психиатрии, способных своевременно назначить нужный вид судебно-психиатрической экспертизы и правильно интерпретировать заключение такой экспертизы;
- воспитать высокопрофессионального, духовно-нравственного специалиста с активной гражданской позицией.

Задачи дисциплины:

- формирование основ знаний по клиническим проявлениям психических расстройств;
- овладение знаниями и навыками назначения, подготовки необходимых материалов и оценки результатов судебно-психиатрической экспертизы в уголовном и гражданском процессах;
- воспитание высокопрофессионального, духовно-нравственного специалиста с активной гражданской позицией.

2. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине

В результате освоения дисциплины обучающийся должен:

знать:

- нормативные правовые основы судебно-психиатрической экспертизы в Российской Федерации;
- общие принципы организации судебно-психиатрической экспертизы в Российской Федерации;
- формы участия судебного психиатра в работе судебно-следственных органов и пределы его компетенции;
- меры медицинского характера в отношении психически больных, совершивших общественно опасные деяния, и порядок их применения;
- случаи обязательного назначения судебно-психиатрической экспертизы в уголовном и гражданском процессе;
- основные клинические симптомы и синдромы психических расстройств;
- современную типологию психических расстройств, основные клинические формы и их судебно-психиатрическую оценку в гражданском и уголовном процессе;

уметь:

- вынести постановление (определение) о назначении судебно-психиатрической экспертизы;
- правильно, на научной основе сформулировать вопросы к эксперту, выносимые на судебно-психиатрическую экспертизу;
- профессионально оценить заключение (акт) судебно-психиатрической экспертизы;
- в процессе решения практических задач выявить основные клинические симптомы и дать им судебно-психиатрическую оценку;
- назначить нужный вид судебно-психиатрической экспертизы;

владеть навыками (первичным опытом):

- работы с нормативным материалом;
- выявления основных клинических симптомов и синдромов психических заболеваний;
- назначения судебно-психиатрической экспертизы.

освоить компетенции: способен работать в коллективе, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия – ОПК-6; способен владеть навыками подготовки юридических документов – ПК-7; Способен давать квалифицированные юридические заключения и консультации в конкретных видах юридической деятельности – ПК-12.

3. Место дисциплины в структуре ОП ВО

Дисциплина относится к вариативной части учебного плана (Б1.В.11). Изучается в 8 семестре студентами очной формы обучения, 9 семестре студентами, обучающимися по очно-заочной и заочной форме обучения 4 г. 6 мес., а также в 7 семестре студентами заочной формы обучения, обучающимися 3 г. 6 мес.

Изучение дисциплины основывается на ранее освоенных дисциплинах/практиках – гражданское право, гражданский процесс, уголовный процесс, уголовное право и криминалистика.

Изучение дисциплины является основой для освоения последующих дисциплин/практик: производственной практики.

4. Объем дисциплины

4.1. Объем дисциплины в зачетных единицах с указанием академических часов и виды учебной работы

Виды учебной работы,	Очная форма	Очно-заочная	Заочная 4 г. 6 мес.	Заочная 3 г. 6 мес.
Общая трудоемкость в зачетных единицах	2	2	2	2
Общая трудоемкость в часах	72	72	72	72
Аудиторные занятия в часах, в том числе:	16	12	16	12
Лекции	8	6	6	2
Практические занятия	8	6	10	10
Лабораторные занятия				
Самостоятельная работа в часах	56	60	56	60
Форма промежуточной аттестации	Зачет.	Зачет	Зачет	Зачет

4.2. Объем контактной работы на 1 обучающегося

Виды учебных занятий	Очная форма	Очно-заочная	Заочная 4 г. 6 мес.	Заочная 3 г. 6 мес.
Лекции	8	6	6	2
Практические занятия	8	6	10	10
Лабораторные занятия				
Консультации	0,4	0,1	0,1	0,1
Зачет/зачеты	0,25	0,25	0,25	0,25
Экзамен/экзамены				
Контрольная работа				
Курсовые проекты				
Всего	16,65	12,35	16,35	12,35

5 Содержание дисциплины, структурированное по темам (разделам), с указанием количества часов и видов занятий

5.1 Тематический план учебной дисциплины

№	Название раздела, темы	Всего з.е./час Очн. Очн.заоч. Заоч.4 г. 6 Заоч. 3г.6	Аудиторные занятия			Самостоятел ьная работа Очн. Очн.заоч. Заоч.4 г. 6 мес. Заоч. 3г.6.мес.
			Лекц	Практ., ,1010	Лаб.	
			Очн. 8 Очн.заоч. 6 Заоч.4 г. 6 мес. 6 Заоч. 3г.6 мес. 2	Очн. 8 Очн.заоч. 6 Заоч.4 г. 6 мес. Заоч. 3г.6.мес.		
Раздел 1. Общие положения судебной психиатрии						
1	Судебная психиатрия и её задачи. Судебно-психиатрическая экспертиза.	0,18/6,4 0,167/6 0,18/6,4	0,7 0,54 0,54 0,18	0,7 0,54 0,9 0,9		4,9 5,1 4,9 5,7
2	Виды судебно-психиатрических экспертиз в уголовном процессе. Невменяемость. «Ограниченная вменяемость» Процессуальная недееспособность.	0,18/6,6 0,167/6,1 0,19/6,9	0,8 0,54 0,54 0,18	0,8 0,54 0,9 0,9		5 5,1 5 5,7
3	Судебно психиатрическая экспертиза в гражданском процессе. Недееспособность, сделкоспособность.	0,2/7,4 0,2/7,1 0,22/7,9	0,7 0,54 0,54 0,18	0,7 0,54 0,9 0,9		4,9 5,1 4,9 5,7
4	Принудительные меры медицинского характера, пенитенциарная психиатрия.	0,2/7,4 0,167/6,1 0,19/6,9	0,7 0,54 0,54 0,18	0,7 0,54 0,9 0,9		4,9 5,1 4,9 5,7
5	Пределы компетенции экспертов в рамках судебной психиатрии.	0,2/7,4 0,167/6,1 0,19/6,9	0,7 0,54 0,54 0,18	0,7 0,54 0,9 0,9		4,9 5,1 4,9 5,7
Раздел 2 Частная и общая психопатология и судебно-психиатрическая оценка основных ее форм						
6	Общая психопатология. Основные симптомы и синдромы в психиатрии (признаки психических болезней).	0,18/6,6 0,17/6,2 0,19/7	0,8 0,54 0,54 0,18	0,8 0,54 0,9 0,9		4,9 5,1 4,9 5,7
7	Синдромы помраченного сознания их судебно-экспертное значение.	0,2/7,4 0,17/6,1 0,19/6,9	0,7 0,54 0,54 0,18	0,7 0,54 0,9 0,9		4,9 5,1 4,9 5,7
8	Олигофрении (врожденное слабоумие). Расстройства личности (психопатии).	0,2/7,4 0,167/6,1 0,19/6,9	0,7 0,54 0,54 0,18	0,7 0,54 0,9 0,9		4,9 5,1 4,9 5,7
9	Шизофрения, маниакально-	0,2/7,4	0,7	0,7		4,9

	депрессивный психоз, эпилепсия.	0,167/6,1 0,16/5,9	054 0,54 0,18	0,54 0,9 0,9	5,1 4,9 5,7
10	Болезни зависимости и их экспертная оценка. Симуляция психических расстройств. Реактивные психозы и исключительные состояния.	0,18/6,6 0,167/6,1 0,16/5,9	0,8 054 0,54 0,18	0,8 0,54 0,9 0,9	4,9 5,1 4,9 5,7
11	Атрофические болезни головного мозга.	0,178/6,4 0,167/6 0,15/5,4	0,7 054 0,54 0,18	0,7 0,54 0,9 0,9	4,9 5,1 4,9 5,7
	Итого: Очное обуч.	2/72	8	8	54
	Очно-заочное	2/72	6	8	56
	Заочное 4 г. 6 мес.	2/72	6	10	54
	Заочное 3 г. 6 мес	2/72	2	10	58

5.2. Содержание:

Тема 1. Судебная психиатрия и её задачи. Судебно-психиатрическая экспертиза.

Судебная психиатрия является отраслью научного медицинского знания (разделом психиатрии) **в задачи которой входит** изучение, диагностика, экспертная оценка, лечение и профилактика психических расстройств в юридически значимых ситуациях. Иными словами судебная психиатрия служит для решения правовых проблем, возникающих у лиц с психической патологией в связи с производством по уголовному или гражданскому делу. На основании заключения судебных психиатров, суд в рамках гражданского или уголовного судопроизводства принимает процессуальные решения – определение, постановление, выносит приговор. Поэтому данная отрасль психиатрии и называется судебной. Предметом судебной психиатрии, таким образом, являются психические расстройства, имеющие правовое значение. Изначально зародившись в недрах психиатрии общей, судебная психиатрия, к настоящему времени, приобрела вполне самостоятельное значение, что привело к выделению внутри нее отдельных медицинских специальностей: судебно-психиатрической экспертизы, судебной сексологии, на подходе к выделению из медицинской психологии и судебная психология.

Сама по себе судебная психиатрия включает в себя три основных направления или три раздела деятельности:

1. Судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном и гражданском процессах.
2. Система принудительных мер медицинского характера.
3. Пенитенциарная (тюремная) психиатрия.

Что же такое «судебно-психиатрическая экспертиза» и для чего она собственно нужна?

По объему практической работы, по сложности, по числу участвующих в ней судебных психиатров, по степени научной разработанности имеющихся здесь проблем судебно-психиатрическая экспертиза, безусловно, является основным разделом судебной психиатрии. Кроме того, экспертизе в наибольшей степени присущи черты, характерные именно для судебно-психиатрической деятельности вообще и отличающие судебную психиатрию от психиатрии общей.

Следует знать и четко представлять себе, что судебно-психиатрическая экспертиза может быть назначена только в рамках уголовного гражданского или административного дела и только лицом (органом) имеющим на это право. В уголовном процессе судебно-психиатрическая экспертиза может быть назначена дознавателем, следователем, судом. В гражданском процессе судом (ст. 19 ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»). Следовательно, основанием для производства судебно-психиатрической экспертизы является определение суда, постановление судьи, лица

производящего дознание, следователя или прокурора. Иные должностные лица, органы организации или граждане назначить судебно-психиатрическую экспертизу **не вправе**. Оно и понятно, поскольку судебная экспертиза, любая, (в том числе и судебно-психиатрическая, психолого-психиатрическая, сексолого-психиатрическая) - процессуальное действие, состоящее из проведения исследования и дачи заключения экспертом по вопросам, разрешение которых требует специальных знаний в области науки, техники, искусства или ремесла, и которые поставлены перед экспертом судом, судьей, органом дознания, следователем, в целях установления обстоятельств подлежащих доказыванию по конкретному делу (ст. 9 ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»). Так, бывают случаи, что к руководителям отделений судебно-психиатрических экспертиз обращаются граждане с просьбами провести в отношении их «независимую судебно-психиатрическую экспертизу», с целью «снятия», установленного им ранее психиатрического диагноза, с которым эти лица не согласны и который, по их мнению, ограничивает их права. Следует понимать, что судебные психиатры, в каком бы регионе РФ они не находились и какой бы квалификацией не обладали, такую экспертизу провести не могут, ибо такая деятельность не основана на законе. Для «снятия» психиатрического диагноза вовсе не обязательно проводить именно судебно-психиатрическую экспертизу. Часто, вполне достаточно, психиатрического освидетельствования, которое проводится «обычными» психиатрами, не судебными и в задачи которого входит определение наличия либо отсутствия у лица психического расстройства, нуждаемости лица в психиатрической помощи и виде такой помощи (статья 23 ФЗ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»). Если же психиатрическое освидетельствование не даст желаемого для лица результата, то этот диагноз может быть оспорен в суде, и вот здесь, на этапе судебного разбирательства, судья может назначить судебно-психиатрическую экспертизу, которая, в последующем, будет оценена судом, и возможно принята как доказательство.

Лица, которые назначают судебно-психиатрическую экспертизу, также формулируют экспертное задание, собирают материал, подлежащий экспертному исследованию, выбирают экспертное учреждение или конкретных экспертов (эксперта), оценивают полученное заключение и в случае согласия с выводами экспертов используют их для принятия процессуальных решений. Именно эти решения (постановление следователя, определение или приговор суда) являются обязательными для всех организаций, должностных лиц и граждан. Эксперты-психиатры (эксперты-психологи, эксперты-сексологи и т.д.) не обладают властными полномочиями, а их заключения и выводы - обязательной юридической силой. Поэтому юридически неверны распространенные убеждения, что судебные психиатры, признав человека невменяемым, освободили его от уголовной ответственности и направили на принудительное лечение. Такими полномочиями наделен только суд. Кроме того, суд вправе как согласиться так и не согласиться с выводами экспертов, отвергнуть их как недостоверные, назначить повторную экспертизу.

Теперь собственно об экспертных специальностях, действующих в рамках судебной психиатрии. В настоящее время их всего три: судебно-психиатрическая экспертиза, судебная сексология, судебная психология. Так исторически сложилось, что первоначально из психиатрии выделилась судебно-психиатрическая экспертиза, которая далее трансформировалась в отдельную специальность, потом уже из судебно-психиатрической экспертизы выделилась судебная сексология и параллельно с этим из общей психологии сформировалась психология медицинская, а из нее психология судебная. Судебная психология пока не оформлена юридически, как отдельная экспертная специальность, но она существует по факту. Каждая из этих специальностей естественно имеет свой язык, свой набор методов и приемов исследования. Соответственно с этими специальностями могут назначаться судебно-психиатрические, судебно-сексологические и судебно-психологические экспертизы. На практике однородные судебно-сексологические и судебно-психологические экспертизы, в отличие от судебно-психиатрических, в нашей стране относительно редки. Чаще, когда требуется исследование сексуальной сферы или психологических параметров личности, следствие и суд назначает комплексные психолого-психиатрические, сексолого-

психиатрические, сексолого-психолого-психиатрические экспертизы. Такие комплексные экспертизы, как правило, более информативны, более полны в плане исследования личности, но конечно и более затратные, и продолжительные по времени. Психиатрические экспертизы в нашей стране проводятся комиссионно (ст. 200 УПК РФ) в составе 2–3 экспертов-психиатров. По многолетним статистическим данным межобластного отделения судебно-психиатрических экспертиз ОГБУЗ «Костромская областная психиатрическая больница), около 65% всех исследований в судебной психиатрии, это однородные комиссионные судебно-психиатрические экспертизы. Соответственно 35% экспертиз приходится на экспертизы комплексные (чаще психолого-психиатрические) Правда в последние 2–3 года наметилась отчетливая тенденция к увеличению роста сексолого-психолого-психиатрических экспертиз, что, безусловно, связано с поправками в УК РФ касательно педофилии. Примерно 85% всех исследований проводится амбулаторно, остальные в условиях стационара. Есть и заочные (только в гражданском процессе) и посмертные экспертизы. Основное достоинство амбулаторных экспертиз их относительная краткосрочность. При стационарном обследовании существенное преимущество – возможность динамического круглосуточного наблюдения за подэкспертным и применение методов исследования, использование которых в амбулаторных условиях затруднено. Следует иметь ввиду, что подозреваемые, обвиняемые, не содержащиеся под стражей, помещаются в психиатрический стационар на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу только на основании постановления суда.

Тема 2. Виды судебно-психиатрических экспертиз. Невменяемость. «Ограниченная вменяемость». Процессуальная дееспособность.

В судебной психиатрии проводят экспертизы амбулаторные и стационарные, заочные (только по гражданским делам), посмертные, однородные и комплексные. Под однородными экспертизами понимаются экспертизы проведенные экспертами (экспертом) одной специальности (например психиатрами), при комплексных исследованиях в производстве экспертизы участвуют эксперты различных специальностей (ст. 201 УПК РФ).

Итак, если брать **однородные судебно-психиатрические экспертизы в уголовном процессе** (сокращенно СПЭ.Здесь и далее по тексту) то это, прежде всего, экспертиза на предмет **вменяемости**. В основе вменяемости, как уголовно правового понятия, лежит общеправовая категория свободы воли, т.е. свободы распоряжаться своими действиями, выбирать характер и род поступка.

Неспособность человека произвольно (по своему желанию) руководить своими действиями в момент преступления не позволяет возложить на него ответственность за содеянное, ибо если отсутствует свобода воли – нет и свободы выбора. А вследствие чего эта самая свобода воли у человека может быть нарушена? Одна из причин – расстройство психической деятельности, при котором, нередко, происходит грубое нарушение восприятия объективной реальности и утрата самоконтроля. При психических расстройствах больные могут полностью погружаться в мир несуществующих (субъективных) реалий и их действия, и поступки определяются не их желаниями, а психопатологией (например бредом, галлюцинациями). Поэтому ст. 21 УК РФ гласит: «Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, то есть не могло осознавать фактический характер своих действий либо руководить ими вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия, либо иного болезненного состояния психики».

Определение способности или не способности лица осознавать и руководить вследствие каких-либо нарушений психики задача сугубо **психиатров**. Это их компетенция. Именно психиатр определяет:

1. Страдает ли лицо хроническим психическим расстройством, временным психическим расстройством, слабоумием, иным расстройством психики и страдало ли им в момент преступления, т.е. определяется так называемый медицинский критерий невменяемости. По сути медицинский критерий – это краткий перечень психической патологии обозначенный в

законе (ст. 21 УК РФ) которая при наличии юридического критерия может исключать вменяемость.

2. Далее решается, как и на сколько, это психическое расстройство ограничивало свободу воли (полностью нарушало, существенно ограничивало, никак не ограничивало). И тогда определяется так называемый юридический критерий невменяемости, состоящий в свою очередь из интеллектуального (возможность осознавать) и волевого (возможность руководить) подкритериев. Психическое расстройство, как бы «взвешивается» психиатрами с точки зрения его глубины и степени влияния на его носителя.

Для признания лица невменяемым необходимо, чтобы присутствовали оба критерия (медицинский и юридический). Если нет медицинского критерия, то тогда нет и предмета для дальнейшего анализа. Если нет критерия юридического – нет значимых для права свойств предмета.

Таким образом, задача судебных психиатров при производстве судебно-психиатрической экспертизы вменяемости состоит в выявлении психического расстройства и определения того мог ли подэкспертный в момент совершения инкриминируемого ему деяния осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Если не мог, **суд (и только суд)**, при согласии с экспертным заключением, признает лицо, совершившее общественно опасное деяние, **невменяемым, освобождает его от уголовной ответственности и назначает (при необходимости) тот или иной вид принудительного лечения.** В некоторых случаях лицо, совершившее преступление, может страдать психическим расстройством такой глубины, которое хотя и существенно ограничивает самоконтроль, но в целом не лишает его способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. В этих случаях речь идет о так называемой ограниченной вменяемости предусмотренной ст. 22 УК РФ. Следует иметь ввиду, что «ограниченная вменяемость» – это вменяемость, а не состояние промежуточное между вменяемостью и невменяемостью. Такое лицо подлежит уголовной ответственности, правда это обстоятельство учитывается судом при вынесении наказания и может служить основанием для применения принудительных мер медицинского характера (только амбулаторного наблюдения и лечения у психиатра соединенного с исполнением наказания).

Согласно ст. 196 УПК РФ в тех случаях, когда возникает сомнение во вменяемости подозреваемого, обвиняемого назначение экспертизы **обязательно.** Несоблюдение этой нормы является существенным нарушением норм УПК и может повлечь за собой отмену приговора.

Вместе с тем закон не конкретизирует понятие «сомнение». Что это за сомнение, которое должно служить основанием для назначения судебно-психиатрической экспертизы?

Исходя из сложившейся многолетней экспертной и правовой практики обстоятельства, порождающие сомнения во вменяемости, могут быть следующими:

1. Факты обращения подозреваемого, обвиняемого за психиатрической, либо наркологической помощью, амбулаторное или стационарное лечение у психиатров. При этом следователь обязан произвести выемку медицинской документации, дабы эксперты могли ее проанализировать. Сам эксперт самостоятельно собирать материал для исследования не может (ст. 57 УПК РФ). Для следователя не важен диагноз, сроки лечения у психиатров и т.п, следователь не специалист в психиатрии. Его задача развеять или подтвердить сомнения во вменяемости его «подопечного».

2. Перенесенные, особенно тяжелые неврологические заболевания, имевшие место у подозреваемого, обвиняемого (травмы головы – ушибы, сотрясения мозга, контузии; менингиты, энцефалиты). Дело в том, что эти заболевания, относящиеся в общем-то к неврологии, нередко влекут за собой и психические нарушения, порой весьма серьезные, диагностику и экспертную оценку которых должен давать психиатр-эксперт.

3. Отставание в психическом развитии, либо психическое недоразвитие. Нередко сам следователь в процессе допросов видит это недоразвитие (косноязычная речь, бедный словарный запас, примитивность высказываний, несообразительность, общая неопрятность) Нередко об этом на допросах говорят и родственники подозреваемого, обвиняемого (с детства отставал в развитии, поздно стал ходить, говорить, не смог учиться в обычной школе –

перевели во вспомогательную, не был призван в армию, не получил профессии и т.п.). Все это может свидетельствовать в пользу умственной отсталости, факт наличия которой, обязательно должен быть подтвержден, либо опровергнут в ходе экспертизы, оценена ее глубина степень влияния на свободу воли.

4. Необычные или причудливые формы поведения лица, как до совершения преступления, так и в момент его. Конечно, «необычность и причудливость поведения» сама по себе еще не свидетельствует об обязательном наличии психического расстройства. Нормы допустимого, у разных лиц, в разных культурах могут существенно отличаться. Тем не менее, на это следует обращать внимание.

5. Необычное или отклоняющееся поведение лица в ходе следствия. Очень многие психические расстройства проявляются вовсе не тем, что «человек говорит не дело», а отклонениями в поведении. Резкая заторможенность, подавленность или напротив не соответствующая ситуации веселость, повторяющиеся, стереотипные движения, отказ от пищи и речевого контакта, нанесение самопорезов иных самоповреждений должны насторожить следователя. Такие формы реакций, конечно, могут быть и у психически здорового человека попавшего в трудную ситуацию (например ареста), а могут быть и проявлением серьезного психического расстройства. Разобраться в этом задача психиатров.

6. Назначается судебно-психиатрическая экспертиза и при преступлениях особой тяжести, особенно когда речь идет о жестоких, изуверских формах поведения.

Следующий вид судебно-психиатрических экспертиз в уголовном процессе **это экспертиза так называемой процессуальной дееспособности**. Статья 196 часть 2. УПК РФ предусматривает обязательное назначение экспертизы, если возникают сомнения в способности подозреваемого, обвиняемого самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве. На практике такая экспертиза обычно проводится совместно с экспертизой вменяемости. Следователю необходимо лишь задать соответствующие вопросы экспертам-психиатрам.

Еще один вид судебно-психиатрических экспертиз в уголовном процессе **это экспертиза способности потерпевших (а также свидетелей) правильно воспринимать обстоятельства имеющие значения для дела и способности давать правильные показания**. Это предусмотрено частью 3 ст. 196 УПК РФ. Такие экспертизы назначаются и проводятся при наличии достаточных оснований позволяющих полагать, что потерпевший психически не здоров и соответственно его показания по делу могут отражать его болезненные переживания, а не реальные обстоятельства дела. Тяжелые психические расстройства «переносят человека как бы в иную реальность». При этом может страдать как восприятие, так и осознание происходящего, нередко страдать очень существенно. Можно ли основываться на показаниях таких лиц? Очевидно, что нет, и вовсе не потому, что показания душевнобольных всегда не верны, нет, они могут быть и объективными. Показания душевнобольных отвергаются потому чтобы исключить ненадежные средства доказывания.

Далее судебно-психиатрическая экспертиза **беспомощного состояния**. Здесь экспертами решается вопрос о способности потерпевшего понимать характер и значение совершенных в отношении него противоправных действий. И способности оказывать сопротивление.

Судебно-психиатрическая экспертиза **общественной опасности обвиняемых**. Эта экспертиза, чаще всего (не всегда) проводится совместно с экспертизой вменяемости. Если эксперты считают, что обвиняемый в момент правонарушения, не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и (или) руководить ими (или не мог в полной мере), они оценивают и его потенциальную опасность (будущую опасность), и в случае наличия таковой, могут рекомендовать суду назначить лицу ту или иную принудительную меру медицинского характера. Такая экспертиза предусмотрена частью 2 статьи 21; частью 2 статьи 22; статьей 97 УК РФ.

Наиболее редкий и сложный вид экспертиз в уголовном процессе – это экспертиза **оценки тяжести причиненного вреда здоровью (психическому здоровью)**.

Теперь несколько слов о так называемой «ограниченной вменяемости». Эта категория, не будучи так названной, по сути, содержится в ст. 22 УК РФ, которая гласит «Вменяемое лицо,

которое во время совершения преступления не могло в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий или руководить ими подлежит уголовной ответственности». Психическое расстройство, не исключающее вменяемости, учитывается судом при назначении наказания и может служить основанием для применения принудительных мер медицинского характера.

Здесь следует учитывать следующие обстоятельства:

1. Законодатель определил, что лицо, которое не могло в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий или руководить, подлежит уголовной ответственности. Это лицо вменяемо. Вывод экспертов «не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий или руководить» означает вменяемость.

2. Принудительные меры медицинского характера в данном случае сопряжены с отбыванием наказания (в местах лишения свободы) и состоят в амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у психиатра.

2. Комплексные психолого-психиатрические экспертизы в уголовном процессе

Таким образом, рассмотрев в определенном аспекте судебно-психиатрические экспертизы (и задачи) переходим к экспертизам судебно-психологическим. Выше уже отмечалось, что как самостоятельный вид судебно-психологические экспертизы в уголовном процессе чрезвычайно редки. Как правило, при необходимости решения вопросов относящихся к судебной психологии следователь (судья) назначает комплексную психолого-психиатрическую экспертизу. Соответственно эксперты-психиатры в рамках экспертного задания решают задачи, указанные в предыдущем разделе. А эксперт-психолог решает задачи иные. Какие именно?

Наиболее часто, в рамках комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы, (сокращенно КСППЭ. Здесь и далее по тексту.) решается вопрос об аффекте.

Экспертиза аффекта. Назначение таких экспертиз проистекает из положений ст. 107 УК РФ (убийство в состоянии аффекта) и ст. 113 УК РФ (причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью в состоянии аффекта). Диагностика аффекта, которой и занимаются эксперты психологи, как видно имеет исключительное правовое значение. Ведь в случае согласия с заключением эксперта о наличии аффекта, суд переквалифицирует статью со 105 УК РФ на 107 УК РФ или со 111, 112 на 113 УК РФ, а сроки наказания там совсем иные. Почему диагностикой аффекта занимаются психологи, а не психиатры? Да потому, что аффект не является психическим расстройством. Это экстремальная эмоциональная реакция организма человека на критические события.

С назначением экспертиз по аффекту связано много ошибок со стороны следствия. Такие ошибки могут повлечь за собой разные последствия, иногда очень серьезные.

Во-первых, следует всегда помнить, что диагностика аффекта – это компетенция психолога, не психиатра. Ставить вопрос об аффекте в рамках однородной судебно-психиатрической экспертизы нельзя, ответа на него не будет, а назначение дополнительной экспертизы (КСППЭ) это всегда существенная затяжка сроков следствия. Итак, если есть подозрение на аффект, назначается КСППЭ.

Во-вторых, юридическое значение аффект имеет только по таким составам преступления как: убийство, причинение тяжкого и средней тяжести вреда здоровью. Очень часто следователи назначают КСППЭ по делам предусмотренными ст. 158, 161, 139, 131, 132 УК РФ (кража, грабеж, незаконное проникновение в жилище, изнасилование, насильственные действия сексуального характера) с постановкой вопроса о состоянии аффекта. Постановка вопроса об аффекте к таким составам преступления просто бессмысленна, она отражает либо полное непонимание следователем сущности аффекта и его юридическую безграмотность либо крайнюю степень формальности при назначении этих достаточно сложных исследований. Даже с точки зрения простого здравого смысла понятно, что никакой кражи и никакого изнасилования в состоянии аффекта не может быть в принципе. Так зачем же спрашивать?

Следующий вид КСППЭ это диагностика **отставания в психическом развитии не связанного с психическим расстройством.** Этот вид экспертиз предусмотрен ст. 20 УК РФ.

Следует обратить внимание, что такая экспертиза с таким вопросом может быть назначена только в отношении несовершеннолетних. (см. ст. 20 УК РФ).

Экспертиза индивидуально **психологических особенностей и степени их влияния на поведение в момент преступления** также проводится в рамках КСППЭ.

3. Комплексные судебные психолого-сексолого-психиатрические экспертизы проводятся по уголовным делам следующих составов: ст. 131, 132 УК РФ. Здесь, помимо прочего, исследуется состояние сексуальной сферы подэкспертного с целью определения возможной сексуальной патологии и степени ее влияния на произвольность психики.

Тема 3. Судебно-психиатрические экспертизы в гражданском процессе. Недееспособность и сделкоспособность.

1. Судебно-психиатрические экспертизы и комплексные психолого-психиатрические экспертизы проводятся по делам о **признании гражданина недееспособным** (причем согласно ст. 283 ГПК РФ судебно-психиатрическая экспертиза по делам о признании гражданина недееспособным обязательна). Недееспособным признается лицо, которое, как гласит ст. 29 ГК РФ «вследствие психического расстройства не может понимать значение своих действий или руководить ими». Таким образом, наличие тяжелого психического расстройства в данном случае абсолютно необходимо. Наличие этого расстройства, его тяжесть и оценивают психиатры-эксперты.

2. Более редкий, но как правило, более сложный вид экспертиз в гражданском процессе – это экспертизы **сделкоспособности**. Статья 177 ГК РФ предусматривает недействительность сделки, совершенной гражданином, неспособным понимать значение своих действий или руководить ими. «Сделка, совершенная гражданином, хотя и дееспособным, но находившимся в момент ее совершения в таком состоянии, когда он не был способен понимать значение своих действий и руководить ими, может быть признана судом недействительной». Предметом судебно-психиатрической экспертизы о признании сделки недействительной, является оценка психического состояния лица на момент ее совершения с учетом совокупности клинических, личностных, социальных и соматогенных факторов. В задачи эксперта входит также определение степени влияния психического расстройства на способность лица понимать значение своих действий и руководить ими в момент заключения сделки. Необходимо отметить, что сделкоспособность отличается от правовой категории дееспособности двумя существенными особенностями: во-первых, она имеет ввиду способность лица понимать значение своих действий и руководить ими на определенном ограниченном отрезке времени; во-вторых сделкоспособность относится к конкретному гражданскому акту – совершению сделки и в этом смысле сравнимо с понятием невменяемости в уголовном процессе.

3. Экспертизы о признании брака недействительным, экспертизы по делам связанным с правами детей – это следующие виды СПЭ и КСППЭ в гражданском процессе. Первые, в настоящее время очень редки, вторые имеют тенденцию к росту. Это относительно новые виды исследований. Проводятся они по искам о расторжении брака и передаче детей на воспитание одному из супругов. В случаях, когда между родителями отсутствует соглашение, или в нем нарушены интересы ребенка, суд может назначить СПЭ и КСППЭ. При данных исследованиях оцениваются следующие обстоятельства:

- особенности индивидуально-психологических свойств и поведения родителей, оказывающих влияние на психическое состояние и развитие детей;
- привязанность ребенка к каждому из родителей с учетом его возраста и психического развития.

Особенности психического состояния и возрастного психического развития ребенка в связи с динамикой психического процесса.

При этом, судебный психиатр дает оценку возможных психических расстройств у матери и отца ребенка, а также у самого ребенка. Судебный эксперт-психолог дает оценку индивидуально-психологических свойств, личностных особенностей отца, матери и ребенка. Далее оценивается причинная связь между семейным конфликтом и теми или иными нарушениями психики ребенка, дается прогностическая оценка.

4. Судебная психолого-психиатрическая экспертиза по делам о компенсации морального вреда.

Предметом КСППЭ в данном виде исследований является определение обусловленных физическими или нравственными страданиями нарушений психического состояния пострадавшего лица, а также изменение его индивидуально-психологических свойств, личностных черт.

В данном случае решается: определение психического состояния потерпевшего, установление степени выраженности изменений психики (доболезненные расстройства адаптации, реакции личности на стресс, собственно психические расстройства), определение их стойкости и обратимости, установление причинно-следственной связи между причинением вреда, возникновением и развитием психического расстройства.

Тема 4. Принудительные меры медицинского характера. Пенитенциарная психиатрия.

Система принудительных мер медицинского характера – это второе важное направление судебной психиатрии.

Принудительные меры медицинского характера могут быть назначены судом лицам, совершившим общественно опасные деяния. Эти меры не являются уголовным наказанием, это меры государственного принуждения.

Представим себе, что душевнобольной человек совершил убийство. При производстве судебно-психиатрической экспертизы установлено, что он страдает параноидной непрерывной шизофренией с нарастающим дефектом. Не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Ясно и то, что он представлял и представляет угрозу для окружающих. Что с ним делать после того как суд освободит его от уголовной ответственности, как лицо совершившее преступление в состоянии невменяемости?

Лечить? Но он не хочет лечиться, не считает себя больным. Для таких случаев и существует система принудительных мер медицинского характера.

Она включает в себя:

1. Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра.
2. Принудительное лечение в стационаре общего типа
3. Принудительное лечение в стационаре специализированного типа
4. Принудительное лечение в стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением. (ст. ст. 97 – 104 УК РФ).

Принудительное лечение может быть соединено и с исполнением наказания – для лиц, которые не могли в полной мере опознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими (ч. 2 ст. 99 УК РФ, ст. 104 УК РФ). Это вменяемые лица, но имеющие определенную (не очень глубокую) психическую патологию, не достигающей глубины психоза. Таким лицам может быть назначено амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра, естественно в местах лишения свободы.

Чем тяжелее психические расстройства, чем не благоприятнее течение болезни, чем выше уровень агрессивности и ниже уровень критичности, тем строже вид принудительных мер. Закон не предусматривает связи между тяжестью совершенного общественно-опасного деяния (ООД) и сроками принудительного лечения, сроки зависят от психического состояния больного человека и соответственно степенью его социальной опасности (см. ст. 104 УК РФ). Важнейшей задачей принудительных мер медицинского характера является профилактика повторных общественно-опасных деяний.

Пенитенциарная психиатрия. Эта психиатрия имеет дело с оказанием психиатрической помощи осужденным, отбывающим наказание в местах лишения свободы, взятым под стражу в порядке меры пресечения, и находящимся в СИЗО.

К задачам пенитенциарной психиатрии относят: выявление и лечение психической патологии, профилактика рецидивов психических расстройств, снижение степени социальной опасности лиц страдающих психической патологией в местах заключения.

Психиатрическое обеспечение осужденных осуществляется:

1. На добровольной основе
2. На основе амбулаторного принудительного лечения
3. Недобровольно, в соответствии со ст. 29 ФЗ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Тема № 5. Пределы компетенции экспертов в рамках судебной психиатрии.

Многолетняя практика работы межобластного отделения судебно-психиатрических экспертиз ОГБУЗ «Костромская областная психиатрическая больница» показывает, что одним из наиболее проблемных моментов взаимодействия экспертов-психиатров и следственных органов является непонимание следователями, работниками ведущими дознание пределов компетенции экспертов, задействованных в области судебной психиатрии. Это непонимание приводит к неправильной постановке вопросов экспертам, их избыточности, или напротив, недостаточности. Что в свою очередь затягивает сроки экспертизы, следствия, приводит необоснованным затратам времени, ресурсов, а иногда и к нарушению прав лиц, направленных на экспертизу.

Знание пределов компетенции экспертов является очень важным. Вопросов обращенных к психиатрам-экспертам, экспертам-психологам и сексологам, на самом деле не так уж и много. Лицам, которые планируют взаимодействовать с судебной психиатрией, рекомендуется их запомнить.

Итак:

1. Уголовный процесс.

1.1 Вопросы, задаваемые следователем (дознавателем, судьей) в рамках судебно-психиатрической экспертизы в отношении подозреваемых и обвиняемых

Основные.

1. Страдает ли Иванов И.И. каким-либо психическим расстройством в настоящее время и страдал ли им в момент совершения преступления?

2. Не находился ли Иванов И.И. в момент совершения инкриминируемого ему деяния в каком-либо временном болезненном расстройстве психической деятельности и мог ли он в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими?

3. Может ли Иванов И.И. в настоящее время осознавать фактический характер и значение своих действий и руководить ими?

4. Нуждается ли в принудительных мерах медицинского характера, если да, то каких именно?

5. Может ли Иванов И.И. самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве?

Дополнительные. (Если есть подозрение на наркоманию).

6. Страдает ли Иванов И. И наркоманией?

7. Нуждается ли в лечении от наркомании?

1.2 Вопросы задаваемые следователем (дознавателем, судьей) в отношении подозреваемых и обвиняемых в рамках комплексного-психиатрического исследования.

1. Все основные указанные выше. (Эти вопросы относятся к компетенции психиатра)

Далее идут вопросы, относящиеся к компетенции психолога-эксперта:

2. Не находился ли Иванов И.И. в момент совершения преступления в состоянии аффекта или ином эмоциональном состоянии которое могло оказать существенное влияние на его поведение? (Такой вопрос правомочно задавать только в отношении лиц совершивших убийство, причинение тяжкого вреда здоровью, причинение менее тяжкого вреда здоровью. Только в отношении данных преступлений вопрос об аффекте имеет юридический смысл. Не имеют юридического смысла вопросы типа: «Не находился ли Иванов И.И. в состоянии аффекта в момент совершения кражи, разбоя, других корыстных преступлений, изнасилования, угона автотранспортных средств и т.д. Кроме того, совершение указанных выше деяний в состоянии аффекта невозможно в принципе.)

3. Имеются ли у несовершеннолетнего Иванова И.И. признаки отставания в психическом развитии не связанные с психическим расстройством? (Только в отношении несовершеннолетних! Бессмысленно задавать такой вопрос в отношении совершеннолетних лиц.)

4. Имеются ли у Иванова И.И. индивидуально–психологические особенности которые могли оказать существенное влияние на его поведение в момент преступления? (Также только для несовершеннолетних. Вопросы соответствия психического развития возрасту, соответствия развития возрасту, достижения уголовной ответственности, которые так любят задавать следователи, не основаны на законе, выходят за пределы компетенции экспертов и ответ на них дан быть не может.)

1.3 Вопросы задаваемые следователем в рамках комплексного психолого – психиатрического исследования в отношении свидетелей.

1. Страдает ли Иванов каким-либо психическим расстройством?

2. Может ли по своему психическому состоянию правильно воспринимать обстоятельства имеющие значение для дела и может ли давать о них правильные показания. Может ли участвовать в судебно-следственных действиях и в суде?

3. Не обнаруживает ли Иванов признаков повышенной внушаемости или склонности к фантазированию.

1.4 Вопросы задаваемые следователем в рамках комплексного психолого – психиатрического исследования в отношении потерпевших.

1. Страдает ли Иванов И.И. каким-либо психическим расстройством?

2. Может ли по своему психическому состоянию правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и может ли давать о них правильные показания. Может ли участвовать в судебно-следственных действиях и в суде?

3. Страдал ли Иванов И.И. в момент совершения в отношении его, каким-либо психическим расстройством. Мог ли он в период проведения следственных действий правильно воспринимать обстоятельства дела и давать о них показания?

4. Мог ли Иванов И.И. понимать характер и значение совершаемых в отношении его противоправных действий?

5. Не обнаруживает ли Иванов признаков повышенной внушаемости или склонности к фантазированию?

6. Мог ли Иванов по психическому состоянию оказывать сопротивление в исследуемой ситуации. (Часто следователи спрашивают: «Мог ли свидетель или потерпевший осознавать характер и значение своих действий, мог ли понимать значение своих действий». На такой вопрос эксперты ответить не могут, так как не понятно, какие именно действия свидетеля или потерпевшего следователь имеет ввиду (потерпевшему, равно как и свидетелю ничего не инкриминируют). Такой вопрос имеет смысл только в отношении подозреваемых и обвиняемых).

1.5 Вопросы задаваемые следователем в отношении подозреваемых, обвиняемых по делам о сексуальных преступлениях в рамках комплексной сексолого-психиатрической экспертизы.

1. Имеются ли у Иванова И.И. признаки каких-либо аномалий сексуальности, если есть, то какие?

2. Мог ли он в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими?

3. Может ли Иванов И.И. в настоящее время осознавать фактический характер и значение своих действий и руководить ими?

4. Нуждается ли в принудительных мерах медицинского характера, если да, то каких именно?

5. Может ли Иванов И.И самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве

2. Гражданский процесс

2.1 Вопросы задаваемые судьей при решении вопроса о дееспособности в рамках судебно-психиатрической экспертизы.

1. Страдает ли Прокофьев И.П. психическим расстройством?
2. Может ли Прокофьев И.П. понимать значение своих действий и руководить ими?
3. Может ли он участвовать в судебном разбирательстве по делу?
4. Не создаст ли его участие в судебном разбирательстве опасности для него самого либо для окружающих?

2.2 Вопросы задаваемые судьей при решении вопроса о сделкоспособности в рамках судебно-психиатрической экспертизы .

1. Страдает ли Прокофьев И.П. психическим расстройством и страдал ли им в момент заключения сделки?
2. Мог ли Прокофьев И.П. понимать значение своих действий и руководить ими в момент заключения сделки?

Когда судья назначает по сделке комплексную психолого-психиатрическую экспертизу, к вопросам указанным выше он обычно добавляет вопрос к психологу такого содержания: «Нет ли у лица, заключившего сделку, признаков повышенной внушаемости».

2.3 Вопросы задаваемые судьей при решении вопроса по спорам о воспитании детей в рамках судебно-психиатрической экспертизы .

Если родители (родитель) по психическому состоянию представляют для ребенка угрозу, ребенка у них могут забрать через суд. Если у судьи появляются данные о том, что родители (родитель) психически не здоровы и угроза для ребенка может быть обусловлена психическим расстройством матери либо отца, судья назначает судебно-психиатрическую экспертизу с вопросами следующего содержания:

1. Страдает ли отец (мать) каким-либо психическим расстройством?
2. Представляет ли данное лицо по психическому состоянию, опасность для ребенка, учитывая характер психических расстройств и прогноз течения заболевания?

При семейных спорах о воспитании ребенка, разрешаемых в судебном порядке обычно назначается комплексная психолого- психиатрическая экспертиза. Экспертизе подвергаются мать, отец и сам оспариваемый ребенок. В таких случаях обычны вопросы следующего содержания:

1. Не страдают ли (отец, мать, ребенок) психическими расстройствами?
2. Каковы индивидуально-психологические особенности каждого родителя и ребенка, какое влияние они оказывают на его воспитание?
3. Какова степень привязанности ребенка к каждому из родителей?
4. Каков характер взаимоотношений родителей между собой, каково отношение каждого из них к ребенку?

2.4 Вопросы задаваемые судьей по делам о компенсации вреда здоровью в рамках судебно-психиатрической экспертизы.

1. Имеются ли у Иванова И.И. какие-либо психические расстройства, если да, то когда они возникли?
2. Есть ли причинная связь между имеющимися у Иванова И.И. психическими расстройствами и действиями, причинивший моральный вред в виде физических или нравственных страданий?

Если суд назначает комплексную психолого-психиатрическую экспертизу, то психологу обычно задают такой вопрос:

3. Имеются ли у Иванова И.И. индивидуально-психологические особенности, которые могли увеличить глубину и длительность субъективного переживания подэкспертным событий, ставших содержанием дела?

Следует подчеркнуть, что вопросы, именно в такой редакции как излагает автор, не догма. На практике круг вопросов к специалистам в области судебной психиатрии несколько шире, также сама формулировка вопросов может быть несколько иной. Важно чтобы круг вопросов, в какой бы форме они не задавались, был максимально полными, но не избыточным, не выходящим за пределы компетенции экспертов.

Раздел 2. Общая и частная психопатология и судебно-психиатрическая оценка её основных форм.

Тема 6. Общая психопатология. Основные симптомы и синдромы в психиатрии (признаки психических болезней).

Любая отрасль медицинского знания начинается с общей патологии, с симптомов и синдромов, без знания которых приступать к изучению патологии частной не имеет смысла. Так и в судебной психиатрии. Юристам важно иметь общее представление о патологии психики человека, углубленного анализа психических нарушений здесь не будет. Тем не менее, самые важные понятия общей психопатологии будут рассмотрены.

Итак, общая психопатология, это часть психиатрии (в том числе и психиатрии судебной), которая включает общие для многих психических болезней проявления и закономерности. Конкретные психические болезни общая психопатология не рассматривает. Чаще всего общая психопатология оперирует категориями: симптом и синдром.

Симптом – единичный, дискретный признак какого-либо недомогания (необязательно психического). Симптом – категория универсальная.

Синдром – совокупность связанных между собой, объединенных общим патогенезом (развитием) симптомов.

Какие симптомы бывают в общей медицине? Их много: головная боль, например, или скажем рвота, или повышение температуры тела. Все это симптомы чего-то. Но по одному симптому мы ничего о болезни судить не можем и диагноз по симптому не поставим. Действительно, голова может болеть вследствие массы причин: от банального переутомления до опухоли мозга. Синдром, это уже намного, более предметно. По наличию того или иного синдрома (синдромов) врач часто (но не всегда) уже может определить болезнь и лечить ее.

Какие же наиболее важные синдромы встречаются в **психиатрии**.

1. Бредовые синдромы.

Это синдромы в основе, которых лежит бред – то есть совокупность ложных суждений, умозаключений полностью овладевающих сознанием больного и не поддающихся коррекции. К бредовым синдромам относятся паранойяльный, параноидный, парафренный и депрессивно-параноидные синдромы. Паранойяльный синдром, как правило исчерпывается одним бредом, чаще всего бредом преследования. Параноидный синдром намного сложнее он состоит из бреда преследования или воздействия, слуховых галлюцинаций, которые больные называют голосами и так называемых автоматизмов (ощущением того, что твоими мыслями движениями кто-то управляет). Парафренный синдром включает в себя те же проявления, что и параноидный, но помимо этого добавляется еще и бред величия. Следует иметь ввиду, что наличие бреда всегда свидетельствует о серьезной психической патологии, патологии психотического уровня. Психотический уровень расстройств подразумевает грубое нарушение восприятия и отражения больным объективной реальности, во всех ее взаимосвязях. Таких больных раньше называли сумасшедшими. По содержанию бред может быть очень разным (преследования, колдовства, реформаторства, величия и т.д) По сути любое событие жизни человека может стать содержанием бреда. Бред опасен тем, что часто сопровождается неправильным поведением, которое может приобретать опасные формы. Бредовые больные, совершившие преступления, признаются невменяемыми. Встречается бред чаще при шизофрении.

2. Галлюцинаторные синдромы.

Это синдромы, в основе которых лежат галлюцинации, то есть восприятия без объекта, восприятия того, чего нет в реальности. Для самого же больного – носителя галлюцинаций эти восприятия, впрочем, вполне реальны (так называемая субъективная реальность). Галлюцинации делятся по органам чувств: слуховые, зрительные, обонятельные, осязательные. Наиболее часто встречаются слуховые и зрительные галлюцинации. Наличие тех или иных галлюцинаций в клинической картине очень важно для диагностики психического расстройства. Так, например, слуховые галлюцинации – это обычно удел шизофрении, а зрительные галлюцинации говорят об интоксикациях, болезнях зависимости, инфекциях, т.е. об органических поражениях мозга. Как и бред галлюцинации свидетельствуют о серьезном уровне расстройства психики, как и бред, они могут сопровождаться опасным агрессивным поведением.

3. Судорожные синдромы.

Эти синдромы нередки в психиатрии и состоят из разнообразных, по-своему проявления припадков: судорожных, бессудорожных, с потерей сознания и без такового. Они обычны при эпилепсии, а так же при отдаленных последствиях черепно-мозговых травм, менингитов, энцефалитов.

4. Психоорганические синдромы.

Эти синдромы очень часты. Они следствие внешнего поражающего мозг фактора: травмы головы, сосудистой патологии мозга, нейроинфекций, интоксикаций. Проявления психоорганического синдрома состоят из эмоциональной неустойчивости (эмоциональной лабильности с раздражительностью и истощаемостью, слезливостью) снижения памяти и снижения интеллекта (ума). Глубина этого синдрома может быть очень разной: от совсем незначительной, до глубокого слабоумия. Все зависит от степени поражения мозга и компенсаторных возможностей организма.

5 Аффективные (эмоциональные) синдромы.

Эти синдромы объединяют два полярных состояния: маниакальный синдром и депрессивный синдром. Маниакальный синдром или мания проявляется болезненно повышенным настроением, психическим и физическим возбуждением. Эти больные весьма опасны. У них почти сразу пропадает критика к своему состоянию и поведению. Они становятся беспокойными, крикливыми, циничными, гневливыми и прожорливыми. Обмен веществ резко ускоряется, больные почти не спят, суетятся, вмешиваются во все дела, легко переходят на крик, нецензурную брань, а то и рукоприкладство. Такие больные требуют немедленной психиатрической помощи. Это тяжелое состояние, уровня психоза, Люди в мании невменяемы. Встречается мания чаще при шизофрении и маниакально-депрессивном психозе. Состояние противоположное мании называется депрессией. Депрессия гораздо более частое, чем мания расстройство. И глубина депрессии может быть очень разной: от легкой, еле заметной субдепрессии, до тяжелой депрессии психотического уровня, которая может приводить и к суициду. Манию не могут вызвать внешние психотравмирующие человека факторы, мания не возникает вследствие стресса, она суть тяжелых, так называемых эндогенных болезней (МДП, шизофрения). А вот депрессия может вызываться как внешними стрессовыми факторами (гибель близких, потеря работы, семейные проблемы и т.д), так и возникать в рамках психических болезней, например той же самой шизофрении. Для депрессии характерна классическая триада признаков: пониженное настроение, физическая заторможенность, психическая заторможенность. Чем тяжелее депрессия, тем более выражены эти признаки. Кроме того, при депрессии часто встречаются следующие симптомы: снижение аппетита, вплоть до полной его утраты, нарушения сна в виде бессонницы, апатия, пессимистичная окраска всех переживаний, головные боли, общая слабость, тревога, идеи самообвинения, тоска (тоска – это крайне мучительное ощущение за грудиной боли – боли души). При очень тяжелых депрессиях, может появляться даже бред депрессивного содержания. Выглядят больные с депрессией весьма характерно: понурые, мимика печальная, речь тихая, движения неловкие, заторможенные.

6. Кататонические синдромы.

Это синдромы очень тяжелых расстройств психики (обычно шизофрении). В кататонию входит два полярных расстройства – кататоническое возбуждение и кататонический ступор. Возбуждение при кататонии выглядит внешне бессмысленным, импульсивным, неестественным: больные мечутся, рвут одежду, крутятся волчком, что-то невнятно кричат, или стереотипно повторяют одни и те же слова, принимают вычурные позы, мажутся калом, разрушают все, что попадает под руку, с одинаковой стремительностью нападают и на людей и на вещи. Вступить в диалог с кататоником не удастся. Это состояние требует неотложной психиатрической помощи.

При кататоническом ступоре больные обычно застывают в причудливых позах, сопротивляются осмотру, каждое вмешательство с попыткой изменить позу вызывает противодействие больных. Нередко кататонический ступор возникает вслед за возбуждением.

7. Астенические синдромы.

Это не тяжелые, но весьма распространенные как в психиатрии, так и в общей медицине синдромы. По сути это реакция истощения организма. Астения включает в себя: повышенную утомляемость с раздражительностью, общую слабость. Нередко при астении наблюдаются: нарушения сна, беспокойство, снижение аппетита, невозможность сосредоточиться, головные боли, слезливость. При астении сохраняется понимание болезни, больные ищут помощи. Качество жизни при астении снижается, но несравненно меньше, чем при, скажем галлюцинозном-бредовых синдромах или чем при тяжелой депрессии.

8. Слабоумие.

Это стойкое, малообратимое обеднение всей психической деятельности, ее упрощение и упадок. В далеко зашедших случаях слабоумия психическая сфера человека напоминает «развалины», а сам человек «растение». Различают врожденные формы слабоумия (олигофрении) и приобретенные (деменции). Более подробно о слабоумии будет изложено в разделах частной психопатологии.

9. Психопатоподобные синдромы.

Это синдромы, напоминающие психопатии, но встречающиеся при других психических болезнях: шизофрении, олигофрении, старческом слабоумии, посттравматическом поражении мозга, патологическом пубертате. О психопатиях подробно будет изложено в разделах частной психопатологии.

10. Мнестические синдромы.

Эти синдромы включают в себя расстройства памяти. Это снижение способности запоминать, хранить и воспроизводить информацию. Амнезия это отсутствие памяти. Ретроградная амнезия – утрата памяти на период предшествующий бессознательному состоянию. Антероградная амнезия – утрата воспоминаний о событиях непосредственно следующих за бессознательным периодом. Встречается амнезия при многих психических болезнях, особенно при травматических, сосудистых, интоксикационных поражениях головного мозга.

11. Синдром Корсакова

Это психопатологический симптомокомплекс, в котором ведущее место занимают расстройства памяти на текущие события.

Наблюдается при органических поражениях мозга, вызванных интоксикациями, травмами, инфекциями, алкоголем, опухолями, инсультами. Обычно развитию этого заболевания предшествует тяжелый алкогольный делирий, к клинической картине которого присоединяются грубые нарушения памяти. Нарушается, прежде всего память на текущие события, т.е. запоминание (фиксационная амнезия).

Больные не запоминают обстановки, окружающих лиц, не ориентируются в месте и времени, не помнят, с кем они только что разговаривали, чем занимались, но могут рассказывать о своем участии в событиях, которые якобы только что происходили, и которых на самом деле не было (конфабуляции). Внешне поведение больных упорядоченное. Отмечаются лишь малоподвижность, отсутствие инициативы. Настроение чаще безразличное, иногда сниженное, со слабостью, повышенной утомляемостью, раздражительностью; в ряде случаев – благодушно-приподнятое (эйфория).

Тема 7. Синдромы помраченного сознания их судебно-экспертное значение.

Под помрачением сознания понимают такие расстройства, при которых нарушается отражение реального мира не только во внутренних связях (абстрактное познание), но и во внешних (чувственное познание), расстраивается непосредственное отражение предметов и явлений. Эти всегда тяжелые расстройства – психозы. Для любого помрачения сознания характерно наличие четырех обязательных признаков: отрешенность от реального мира с неотчетливым восприятием, либо полной невозможностью восприятия; дезориентировка в месте, времени, окружающих лицах, ситуации; нарушение процесса мышления в виде его бессвязности; амнезия (запамятование части или всех событий происходящим с человеком в помраченном сознании).

Различают следующие синдромы помраченного сознания:

Оглушение. Оно выражается в резком повышении порога для всех внешних раздражений, в затруднении и замедлении образования ассоциаций. При оглушении говорят о замедлении психической деятельности, об опустошении сознания. При нем затруднены восприятие и переработка впечатлений; явления внешнего мира не привлекают внимания, не замечаются. Ориентировка в окружающем мире неполная или отсутствует. Вопросы воспринимаются не сразу, больной понимает их смысл с большим усилием. Ответы произносятся с трудом, бывают неточными, неполными, иногда непоследовательными. Сложное содержание вопроса не осмысливается. Способность к запоминанию и вспоминанию крайне ослаблена. Все движения замедлены, мимика бедная, больной молчалив, часто безучастен; иногда бывает эйфория. Взгляд и выражение лица безразличные, тупые. Больной легко впадает в дремоту, нередко он постоянно сонлив. Воспоминаний о периоде оглушения обычно не сохраняется. При ухудшении состояния оглушение переходит в сопор и кому. Больные в оглушении не опасны для окружающих.

Делирий. Этот синдром резко отличается от оглушения. Если при оглушении наступает обеднение психической деятельности, отмечается скудость ассоциаций, то для делирия, напротив, характерен наплыв ярких чувственно-пластических представлений, обилие образных, непрерывно всплывающих, наглядных воспоминаний. При нем возникает не просто дезориентировка, как при оглушении, а ложная ориентировка в окружающем мире. Для делирия особенно характерны зрительные сценopodobные галлюцинации, а иногда и истинные вербальные галлюцинации. Нередко обнаруживается крайне непоследовательный образный бред. Настроение очень изменчивое. Возникает то панический страх, то возбужденное любопытство, то раздражительная капризность и плаксивость, то эйфория. Больной говорлив, причем его высказывания отрывочны. Выражение лица напряженное, постоянно меняющееся, взгляд то блуждающий, то пристальный. Больной беспокоен, стремится бежать и сопротивляется при удерживании.

Галлюцинации при делирии сценopodobны. Больные становятся как бы зрителями, живо и адекватно реагирующими на все призрачные события. Они в страхе убегают, защищаются, с любопытством рассматривают. Перед ними всплывают образы блуждающих мертвецов, бандитов, чудовищ, зверей, насекомых. Вместе с тем отмечается противопоставление себя своим видениям и сохранность ориентировки в собственной личности. Вечером и ночью делириозное помрачение сознания усиливается. Воспоминание о делириозном периоде неполное, часто бессвязное. В делирии больные могут представлять опасность для окружающих, проявлять агрессию.

Онейроид (сновидное, фантастически-бредовое помрачение сознания) проявляется в причудливой смеси фрагментов отражения реального мира и обильно всплывающих в сознании ярких, чувственно-пластических, фантастических представлений. Больной полностью отрешен от окружающего мира, наблюдается изменение самосознания (перевоплощение), а также диссоциация между последовательно развивающимися, как в сновидении, фантастическими событиями и внешней неподвижностью или бессмысленным возбуждением.

Если при делирии поведение соответствует содержанию галлюцинаций и бреда, то при онейроиде больные остаются неподвижными, малоподвижными. Для окружающих такие больные не опасны.

Сумеречное помрачение сознания. Это расстройство наступает внезапно, обычно ненадолго и столь же внезапно кончается, вследствие чего его называют транзиторным, скоропреходящим. Для этого синдрома типично сочетание глубокой дезориентировки в окружающем с развитием галлюциноза и острого образного бреда (чаще бреда преследования) с аффектом тоски, злобы и страха, неистовым возбуждением и внешне упорядоченным поведением. Окружающее воспринимается больным нечетко, искаженно, как в сумерках. Страх, ужас гонит больного вперед. Моторные функции не страдают, поэтому больные быстро бегают, стремительно нападают.

Это крайне опасное состояние. Больной в сумеречном помрачении сознания убивает или калечит принятых за врагов, как близких родственников, так и посторонних людей, случайно оказавшихся рядом, разрушает все, что подвернется под руку. Наблюдаются сумеречные помрачения сознания часто у лиц перенесших травмы головы, инфекции ЦНС.

Тема № 8. Олигофрении (врожденное слабоумие). Расстройства личности (психопатии).

Олигофрения или малоумие – группа различных по происхождению патологических состояний, общим признаком которых является наличие врожденного или приобретенного в раннем детстве общего недоразвития психики с преобладанием интеллектуальной недостаточности.

Причины, вызывающие олигофрению могут быть очень различными: это и хромосомная патология и наследственные дефекты обмена веществ и связанные с вредностями внутриутробного или раннего послеродового периода. В настоящее время известно более 400 тератогенных факторов. Важная роль в возникновении психической недостаточности принадлежит перинатальной гипоксии.

Первые признаки умственной отсталости могут появиться в раннем возрасте (2-4 года). Сначала родители замечают, что ребенок нелюбопытен, эмоционально маловыразителен, пассивен или напротив очень криклив, затем становится видно, что у него с заметной задержкой формируется речь, навыки самообслуживания, резко снижена познавательная активность и чем взрослее он становится, тем отчетливее выступает психический дефект.

Выделяют следующие степени олигофрении: дебильность, имбецильность, идиотию.

Дебильность это легкая степень умственной отсталости. Эти дети практически не способны учиться по программе массовой школы, их удел школа вспомогательная. Мышление их конкретно, абстрактные понятия практически малодоступны (для лица страдающего дебильностью полуостров – половина острова, главное отличие собаки от волка в том, что собака лает – волк воет и в том, что, у волка в хвосте волосы толще). Мимика их однообразна, во взгляде нет живости, интереса. Снижен темп психической деятельности, замедлено усвоение нового. В беседе они часто повышено внушаемы или же наоборот твердолобы, упрямы. Они не способны к быстрому анализу сложных ситуаций, поэтому нередко попадают впросак, теряются. Они могут быть добрыми ласковыми или напротив злобными и агрессивными. В этих случаях при наличии злобности, агрессивности, сексуальной расторможенности наряду со свойственным им недостаточным усвоением социальных норм и правил, они могут быть очень опасны. Изнасилования, сопряженные с убийством, разбои, кражи, хулиганства – вот их типичные преступления. Следует отметить, что сама по себе дебильность тоже может быть разной глубины: от легкой, когда умственный дефект незначительно нарушает адаптацию, до выраженной приближающейся к имбецильности.

Имбецильность – средняя степень умственной отсталости. Для имбецилов характерно сугубо конкретное мышление, неспособность к образованию отвлеченных понятий. Отчетливое недоразвитие речи с выраженным косноязычием, аграмматизмами. У них отмечается отчетливая моторная неловкость, тусклая неживая мимика с застывшим, глуповатым выражением лица и открытым ртом. Низкая познавательная активность и резко сниженная

продуктивность психической деятельности. Все это приводит к тому, что имбецилы не могут учиться даже по программе вспомогательной школы, остаются неграмотными, не умея ни писать, ни читать, ни считать. Им доступны навыки самообслуживания, простой, без изысков труд.

И наконец, идиотия, является глубокой умственной отсталостью. Речь и мышление при идиотии практически не развиты. Идиоты, в лучшем случае, произносят лишь отдельные слова, зачастую не понимая их смысла, чаще нечленораздельные звуки. Любая осмысленная деятельность им недоступна. Эмоции недифференцированы и ограничены удовольствием или неудовольствием. Моторика крайне неразвита, нередко больные не могут даже ходить. В этих случаях они, как правило, часами стереотипно раскачиваются сидя в однообразной позе или лежат. Жизнь их проходит на уровне инстинктов, их невозможно хоть чему-либо научить, они прожорливы неопрятны и требуют за собой постоянного ухода иначе просто умирают.

Особое место в группе олигофрений занимает болезнь Дауна

Болезнь Дауна трисомия по 21 хромосоме (умственная отсталость в 75% случаев достигает степени имбецильности, в 20% - идиотии, только 5% - дебильности. Признаки болезни Дауна достаточно типичны: уже при рождении видна четкая поперечная ладонная борозда, косой разрез глаз, толстые короткие пальцы, затем с возрастом даунята приобретают характерный внешний облик: плоское лицо с приплюснутым носом, низкий рост с короткими руками и ногами, близкосоженные и близкорасположенные глаза, неуклюжая походка, невыразительное лицо, полуоткрытый рот. Дети с болезнью Дауна в большей части не способны к обучению даже по программе вспомогательной школы. Особенностью психического дефекта является относительная сохранность эмоциональной сферы, сохранение живости эмоциональных реакций. Даунята, как правило, ласковы, добродушны, послушны, им не чужды чувства симпатии, стыда, смущения, обиды, хотя иногда они бывают раздражительны и упрямы.

Лица страдающие дебильностью в случае совершения ими преступных действий признаются вменяемыми (за исключением выраженной дебильности, приближающейся к имбецильности), имбецилы невменяемы. Идиоты не совершают преступлений, поскольку это невозможно. Лица с дебильностью обычно дееспособны. Имбецилы и идиоты – недееспособны.

Расстройства личности (психопатии).

Под психопатиями понимают патологические состояния, именно состояния, а не болезни, характеризующиеся дисгармоничностью психического склада личности и нарушающие социальную адаптацию человека.

Если выражаться предельно просто и упрощенно – психопатия это аномальный характер, мешающий человеку полноценно жить.

Психопатия – качество врожденное и включает в себя тотальность и стойкость аномальных личностных позиций, т.е. при психопатии страдает не одна какая-то личностная черта, а весь психический склад в целом. Вместе с тем о личностном расстройстве можно говорить лишь в том случае, когда имеется та или иная степень социальной дезадаптации, т.е., психопатия всегда осложняет жизнь человека в социуме, затрудняет существование его самому и лицам, которые с ним соприкасаются. Именно сочетание стойких, тотальных личностных нарушений с дезадаптацией образует это понятие.

В чем актуальность психопатий?

Ну, во-первых потому, что они встречаются очень часто (от 8 до 15 %) Во-вторых взаимодействие психопата с обществом приводит к различным коллизиям, нередко криминальным.

Далее речь пойдет о наиболее часто встречающихся личностных расстройствах.

Шизоиды. Их общие черты – аутизм, жизнь внутренним миром, избирательность, погруженность в себя – приводят к тому, что у них очень мало, а иногда совсем нет друзей. Другая характерная черта шизоидов – дисгармоничность, парадоксальность их внешнего облика, поведения и психической деятельности, а так же эмоций. Их мимика, моторика отличается неестественностью, в мимике нет живости, голос слабо модулирован, из-за чего разговор длится как бы на одной ноте. Увлечения шизоидов нередко крайне оригинальны. Для

них характерна так называемая психоэстетическая пропорция, т.е. сочетание чрезмерной чувствительности и холодности (чувствительность к себе и холодность к окружающим). Среди шизоидов много чудаков, изобретателей, реформаторов, а так же деятелей искусств, а также настоящего талантливых или гениальных людей. Шизоиды не очень криминальны. Эмоционально неустойчивые, или возбудимые, личности. Для них, как видно из самого названия, свойственна очень сильная эмоциональная возбудимость. Уже в детском возрасте такие личности легко озлобляются, любое ограничение, запрет вызывает у них бурную реакцию протеста. Рано обнаруживается склонность к мрачному настроению, жестокости, грубости, в играх они злы, в драках бьют соперника чем попало, стремятся к лидерству, насаждению силы. Учеба их чаще всего мало интересует, они не всегда удерживаются в школе, в училищах, на работе – их часто увольняют за прогулы, за пьянство. По мере нарастания гнева личность с повышенной возбудимостью от слов быстро переходит к делу, т.е. к рукоприкладству. Бывает, что рукоприкладство у них опережает слова. В сложных проблемных ситуациях, когда нет возможности излить гнев на окружающих, они наносят самоповреждения (режутся, глотают металлические предметы, вешаются). Возбудимые – неприятные и опасные лица. В силу особенностей характера они весьма криминальны. Как правило, их удел – это преступление против личности – хулиганство, грабежи, разбой, изнасилование, убийство. Разновидность возбудимых – **эпилептоиды**. Для них наряду с чрезмерной возбудимостью характерна крайняя злопамятность, застревание на отрицательных переживаниях в сочетании с изуверской жестокостью. Часто у них отмечается атлетическое сложение, это прирожденные садисты, причем мучение жертвы доставляет им удовольствие. Их удел особо тяжкие преступления – убийства, нередко с пытками, расчленением, изнасилованием, глумлением.

Истерики. Сущность истерического типа в аномальной способности к вытеснению из памяти негативной информации. Вытеснение приводит к лжи. Истерики – это самые бессовестные лгуны, которые лгут, не моргнув глазом. Кроме того, они испытывают сильнейшую потребность в признании, стремление к признанию любой ценой. Нередко, но не всегда это лица поверхностные, малосодержательные, пустые и даже убогие. Очень часто они занимаются самовосхвалением, придумывают различные истории, лишь бы оказаться в центре внимания. Все у истериков преувеличено, гротескно, демонстративно, их всегда все «предают», они любят, конечно, сильнее всех других людей, но только на словах, т.к. нет более непостоянных, необязательных и легкомысленных лиц, чем они сами.

Театральность характерна для них во всем: в одежде, в мимике, в речи, в поступках. Истерики в принципе, не способны ни к каким стойким привязанностям, верности. Зато очень часто талантливые интриганы, клеветники, кляузники. Их правонарушения – это мошенничество, присвоение, растрата, злоупотребление служебным положением, хулиганства, кражи, убийства достаточно редки.

Параноики. Главное свойство параноиков, или параноидных психопатов, склонность к образованию сверхценных идей отношения, преследования, ущерба, ревности. А также крайняя неуступчивость и подозрительность, фанатическая убежденность в своей правоте, жестокость и деспотичность. Это чрезмерно аккуратные, педантичные, прямолинейные, эмоционально холодные и весьма злопамятные лица.

Параноику всегда кажется, что его обижают, что к нему придираются. Любой пустяк, неправильное толкование слов приводит к необоснованным подозрениям. Параноик всегда всем недоволен, он постоянно видит у окружающих многочисленные недостатки (у других, но только не у себя). Он почти всегда хмур, недоволен, ворчлив и придирчив. Они не щадят не только близких, но и друзей, и попугачиков. У них нет чувства жалости, сострадания, раскаяния, как нет и сомнений в своей правоте.

Параноики обладают сокрушительной пробивной силой. Сила их убежденности, особенно у фанатиков, так велика, что они способны вести за собой массы. Этим людям чужд альтруизм, они, как правило, бездушны, формальны. Параноики способны совершать различные преступления, в том числе и достаточно серьезные убийства.

Тревожные, зависимые. Для этих психопатий характерны прежде всего робость, застенчивость, неуверенность в себе, повышенная тревожность. Тревожный мнительный

характер приводит очень часто к появлению навязчивости, ритуалов, которые со временем только усиливаются в своей интенсивности. Этим людям всегда больше тревожит ожидание неприятного события, чем оно само. Нередки у них и депрессии. Эти личности редко совершают преступления, а если и совершают то как правило убийство в аффекте.

Диссоциальные личности. Для таких патологических характерологических типов характерна грубая и стойкая позиция безответственности и пренебрежения социальными нормами и правилами, а так же склонность к праздности, безделью, паразитическому образу жизни, склонность к бродяжничеству, злоупотреблению токсическими веществами. Эти люди уже в подростковом возрасте начинают уходить из дома, ночевать в притонах, вступать в беспорядочные половые связи, они просто не способны к сколько-нибудь длительному труду. Их цель – жить сейчас и сегодня, так, как они хотят, не считаясь с другими, они всегда и во всем себя оправдывают, у них нет родительской привязанности. Диссоциальные достаточно криминальны. Их правонарушения – кражи, грабежи и многое другое. Лица, страдающие психопатиями, дееспособны. В случае совершения ими преступных действий они в 95 – 98% случаев признаются виновными. Лишь при очень глубоких (ядерных) психопатиях и в случае грубой декомпенсации патологических личностных черт они могут признаваться невменяемыми.

Тема 9. Шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, эпилепсия.

Шизофрения.

Нет в психиатрии другой иной болезни, которая имела бы такое большое значение. Ни одному из психических расстройств не посвящено столько исследований как шизофрении, и тем не менее причины этого расстройства до сих пор остаются не ясными, механизмы развития не понятными, лечение оставляет желать лучшего, профилактика отсутствует.

Актуальность шизофрении определяется следующими моментами:

во-первых, это достаточно распространенная болезнь (на 10000 населения 39 больных), во-вторых, этим расстройством заболевают, как правило, молодые люди, в самом цветущем возрасте, в третьих, это тяжелая, до сих пор не излечимая болезнь, в четвертых, шизофрения вызывает грубую социальную дезадаптацию, нередко с потерей трудоспособности, нарушением межличностных, семейных связей.

В переводе на русский язык шизофрения переводится как «расщепление ума». Это действительно во многом так. Старые психиатры сравнивали шизофрению с оркестром без дирижера, где каждый играет свою партию, в результате получается какофония. Для шизофрении характерно поражение сферы мышления, эмоциональной сферы и волевой сферы. Память, интеллект при шизофрении страдают очень мало. Что касается собственно определения болезни, то **шизофрения** – это тяжелое прогрессирующее заболевание (т.е. неуклонно прогрессирующее), которое характеризуется постепенно нарастающими изменениями личности (аутизмом, эмоциональным обеднением, появлением странностей и чудачеств), расстройствами мышления и различными по тяжести и выраженности продуктивными психопатологическими проявлениями (аффективными, невротическими и психопатоподобными, бредовыми, галлюцинаторными, кататоническими).

Причины и механизмы развития шизофрении недостаточно изучены. Важную роль играют конституционально-генетические факторы, а также пол и возраст больных. Наиболее тяжелые формы заболевания встречаются преимущественно у мужчин, менее прогрессирующие – у женщин. Шизофрения, начавшаяся в юношеском возрасте, протекает всегда более злокачественно, чем у взрослых.

По форме течения различают: непрерывную шизофрению, приступообразно-прогрессирующую, периодическую (рекуррентную) и вялотекущую (или невротоподобную).

Наиболее злокачественно протекает непрерывная форма шизофрении. Раз начавшись, она уже не останавливается в своем развитии. На фоне бреда, галлюцинаций типичных для этой формы болезни появляются и неуклонно нарастают личностные изменения. Психика человека быстро (за 5 – 7 лет) «разваливается», утрачивается трудоспособность, рушится семья. Больной все больше времени проводит в условиях психиатрического стационара и в завершении

попадает в интернат для психохроников, где и оканчивает свою жизнь. Эта форма болезни очень стойка к лечению. Ремиссий (состояния улучшения) практически нет. Особенно злокачественно течет детская форма шизофрении. Начинается она в детском или юношеском возрасте с резкого падения психической продуктивности, изменений эмоциональности и искаженного пубертатного криза. Ребенок резко меняется по характеру: становится нелюдимым, злобным, отчужденным, эмоционально холодным. Нарастает негативизм к родителям, полностью забрасывается учеба, на этом фоне появляются нестойкие кататонические, бредовые, галлюцинаторные расстройства, которые быстро сменяют друг друга, стремительно развивается дефект.

Приступообразно-прогредиентная форма шизофрении протекает мягче непрерывной. Здесь периоды обострения сменяются периодами ремиссии. В период обострения в клинической картине доминируют бред, галлюцинации, аффективные расстройства в разном сочетании. Приступ может длиться несколько месяцев. Вместе с тем после каждого приступа у больного нарастают изменения психики в виде эмоциональной измененности, аутичности, нарастают и волевые изменения. Чем больше приступов, чем они тяжелее, тем быстрее формируется шизофренический дефект.

Периодическая шизофрения, это редкая форма болезни. Здесь отмечаются очень острые приступы с хорошим выходом в ремиссию. Изменения личности не велики. Это доброкачественная форма болезни.

Вялотекущая шизофрения характеризуется не глубоким (не психотическим) уровнем расстройств. В клинической картине данной формы шизофрении преобладают невротоподобные и психопатоподобные расстройства. В настоящее время такая форма шизофрении чаще называется шизотипическим расстройством.

К основным проявлениям шизофрении относятся негативные симптомы и синдромы, и так называемые позитивные (или правильнее продуктивные) синдромы. Позитивные не значит хорошие. К позитивным проявлениям шизофрении относят бред, слуховые галлюцинации, аффективные расстройства. Типичным для шизофрении являются слуховые галлюцинации, которые проецируются внутри головы («в глазе моего ума», как сказал один больной шизофренией). Больные называют их голосами. Содержание голосов может быть совершенно разным: комментирующим, нейтральным, угрожающим, заставляющим, иногда это просто оклики по имени. Голоса при шизофрении обычно сочетаются с бредом (это может быть бред преследования, ревности, колдовства, реформаторства, величия). Очень типичным для шизофрении является параноидный синдром (бред преследования в сочетании с голосами и ощущением воздействия извне). В таких случаях, обычно больные говорят, о том, что их преследует банда убийц, преступников и не просто преследует, а жжет лучами, ослепляет током, обездвиживает с помощью компьютера, других электронных устройств, специально для этой цели изготовлен аппарат, они марионетки в руках преступной шайки. По мере прогрессирования болезни, параноидный синдром может смениться парафренным, и у больного появится бред величия. Аффективные расстройства в виде маниакального или депрессивного синдрома весьма часты при шизофрении. При этом они не существуют в «чистом виде», а сочетаются с другой психопродуктивной симптоматикой, например с бредом, галлюцинациями.

Негативные синдромы при шизофрении – это прежде всего, расстройства мышления: мышление у больных шизофренией утрачивает свою автономность. Больные начинают ощущать внезапную «пропажу» мыслей – шперунги, или «остановку мыслей» или наоборот их «скачку». Появляется непоследовательность мышления, соскальзывания: больной как бы «соскальзывает» с одного ассоциативного ряда на другой (говорит на одну тему и вдруг, совершенно неожиданно начинает говорить о чем-то совершенно ином). Если таких соскальзываний много, мышление приобретает разорванную форму и утрачивает коммуникативные свойства. Появляется пралогичность (около логики) – это своего рода причуды мышления и речи. Так один из пациентов страдающих шизофренией на вопрос «Как Ваше здоровье?» Отвечал: «Мое здоровье великонравственное». На вопрос: «Вы женаты?» говорил: «Не осведомился иметь семью».

Страдает при шизофрении и эмоциональная, и волевая сферы. Эмоции со временем уплощаются, «жухнут», модуляции голоса утрачиваются, снижаются побуждения, нарастает апатия, аутичность.

Шизофрения весьма серьезное психическое расстройство, которое затрагивает такие важнейшие сферы психической деятельности как мышление, эмоции и волю. Большинство больных страдающих шизофренией и совершивших преступления признаются невменяемыми (при шизофрении резко нарушается восприятие и отражение объективной картины мира, больной оказывается в субъективном мире болезненных переживаний, его поведение определяется не свободой воли, а бредом, галлюцинациями, измененным аффектом). В состоянии ремиссии часть больных может признаваться вменяемыми или ограниченно вменяемыми в зависимости от структуры и глубины ремиссии. Некоторые больные, страдающие шизофренией, при наличии глубокого стойкого шизофренического дефекта или затяжного психоза признаются недееспособными.

Маниакально-депрессивный психоз (МДП). Это достаточно серьезное психическое расстройство, как правило психотического уровня, что отражено в самом названии. Основные ихарактерные проявления болезни – периоды подавленного иповышенного настроения (депрессивные и маниакальные фазы). Как правило, они разделены светлыми промежутками (интермиссиями) ибез определенной последовательности повторяются в течение всей жизни больного. В части случаев заболевание имеет только маниакальные или только депрессивные фазы. Длительность фаз различна – недели, месяцы, иногда годы. Продолжительность светлых промежутков также неодинакова. Некоторые больные переносят в течение жизни только одну депрессивную или маниакальную фазу с последующей стойкой интермиссией. В других случаях фазы возникают очень часто, промежутки между ними кратковременны.

Клиническая картина фаз определяется симптомами эндогенной депрессии или мании, что составляет одну из важных особенностей болезни, облегчает диагностику иограничение МДП от сходных приступообразных психозов (шизоаффективные, реактивные и некоторые симптоматические). Клинические проявления депрессии и мании изложены в теме № 6.

Эпилепсия (падучая болезнь).

Болезнь, протекающая с наличием судорожных и бессудорожных припадков (пароксизмов) и с нарастанием характерных личностных изменений.

Большие судорожные припадки считаются наиболее типичным проявлением эпилепсии. Начинаются они с ауры, (кратковременное на несколько секунд помрачение сознания с разнообразными аффективными, галлюцинаторными, психосенсорными расстройствами, которые остаются в памяти больного. Затем следует потеря сознания, больной падает, мышцы его напрягаются, тело выгибается дугой, возникает непроизвольное мочеиспускание и нередко прикус языка. После тонической фазы начинается фаза клоническая: мышцы тела начинают попеременно, то сокращаться, то расслабляться (больного колотит) при этом сознания у него нет. Припадок продолжается обычно несколько минут и переходит в глубокий сон.

Малые припадки гораздо разнообразнее: это и непроизвольные движения в виде кивков, поклонов, различные движения направленные вперед – пропульсии, абсансы с кратковременным выключением сознания.

К бессудорожным пароксизмам относятся сумеречные расстройства сознания, амбулаторные автоматизмы (автоматизированные действия, происходящие при полной отрешенности от окружающего мира). Кроме припадков для эпилепсии характерно постепенное нарастание специфических изменений личности, которые достаточно типичны. Основными чертами психики больных эпилепсией становятся тугоподвижность, замедленность всех психических процессов, склонность к застреванию на деталях, обстоятельность, невозможность отличить главное от второстепенного, трудность переключения. Значительное место в картине изменений личности занимает полярность аффекта в виде сочетания аффективной вязкости, склонности застревать на тех или иных, особенно отрицательных, аффективных переживаниях, с одной стороны, и эксплозивность (взрывчатость) – с другой. В силу своей взрывчатости и злопамятности больные эпилепсией могут быть весьма опасны. В случае, если личностные изменения не достигают степени слабоумия, больные эпилепсией признаются вменяемыми и

дееспособными. В случаях выраженных в личностных изменениях с существенным нарушением когнитивных, волевых функций больные могут признаваться как ограничено вменяемыми, так и полностью невменяемыми, а также недееспособными.

Тема № 10. Болезни зависимости и их экспертная оценка. Симуляция психических расстройств. Реактивные психозы и исключительные состояния.

К болезням зависимости, по современной классификации психических расстройств относятся: зависимость от алкоголя (хронический алкоголизм), зависимость от наркотических веществ (наркомании) и зависимость от иных психо-активных веществ (токсикомании).

Разница между ними преимущественно юридическая. С точки зрения медицины зависимость и вредные последствия употребления иных токсикоманических средств, при прочих равных условиях, могут быть даже больше вредных последствий приема иных наркотиков. Так алкогольная зависимость (типичная токсикомания) может превосходить по своим пагубным последствиям наркотическую зависимость от канабиноидов. В общем наркоманией называют заболевания, возникшие в результате злоупотребления веществами, отнесенными к наркотикам согласно списку, утверждаемого Правительством РФ, токсикомания – заболевание, возникающее в результате злоупотребления веществами не относящимся к наркотикам.

Если дать обобщенное определение этих болезней, то болезни зависимости это хронические заболевания, характеризующиеся патологическим пристрастием к тому или иному психо-активному веществу с развитием социальной дезадаптации и личностной деградации.

Механизмы развития всех этих болезней одинаковы, всем им в своем развитии присущи 3 стадии, для каждой стадии есть свои типичные признаки. Так для первой стадии типично появление патологического влечения, рост толерантности к психоактивному веществу, снижение количественного контроля, амнезии (запмятование событий происходящих на высоте интоксикации). Для второй стадии характерно: появление абстинентных состояний (ломки), дальнейший рост толерантности, запои, потеря не только количественного, но и ситуационного контроля, выраженные амнезии, появление интоксикационных психозов (делирии, галлюцинозы), первые признаки социальной дезадаптации и личностной деградации. Для третьей конечной стадии типично: падение толерантности, постоянный тип употребления психоактивного вещества, неудержимое влечение к психоактивному веществу, психозы, нарастающее слабоумие, полная социальная дезадаптация. Лица, страдающие болезнями зависимости, чаще вменяемы и дееспособны. Невменяемыми они могут быть, когда совершают преступление в психотическом состоянии (например, в состоянии алкогольного делирия) или на самой конечной стадии, когда личностная деградация достигает степени слабоумия. Недееспособными - только при наличии слабоумия.

Симуляция в судебной психиатрии, вопреки обывательским представлениям, на практике встречается не часто. Отчасти это связано с тем, что многие психические расстройства симулировать очень трудно, некоторые – невозможно. К симуляции обычно прибегают люди с тяжелыми составами преступлений, нередко с низким интеллектом, а также психопатические личности. Распознавать симуляцию лучше всего в условиях стационарной СПЭ при постоянном круглосуточном наблюдении медиков.

Реактивные психозы и исключительные состояния – задание на самоподготовку.

Тема 11. Атрофические болезни головного мозга.

Старческое слабоумие – сенильная деменция (*dementiasenilis*) – описывалось в психиатрической литературе также как старческий, или сенильный, психоз. Этовозникающее преимущественно в старческом возрасте органическое (атрофическое) заболевание головного мозга с прогрессирующим распадом психической деятельности и развитием тотального слабоумия. Манифестирует болезнь у лиц старше 65 лет.

Чаще всего сенильная деменция начинается с так называемой сенильной психопатизации или «сенильных изменений характера» [Scheid K. F., 1933]. Они выражаются в усилении

ригидности и огрубении личности, сужении кругозора и интересов, стереотипизации и нарастающей шаблонности взглядов, и высказываний, снижении отзывчивости и эмоциональных контактов, нарастании эгоцентризма, усилении угрюмости и ворчливости, склонности к подозрениям и мелким конфликтам и т. п. В то же время наряду с настороженностью, упрямством и ригидностью в результате снижения критики и уровня суждений больные становятся легковерными, внушаемыми, легко поддаются чужому влиянию, нередко во вред своим интересам. Характерные для начальной стадии болезни психопатоподобные изменения и снижение уровня личности могут сочетаться с расторможенностью низших влечений. Больные становятся прожорливыми, у них повышается половая возбудимость со склонностью к половым извращениям. Нарушения влечений проявляются также собиранием хлама, бродяжничеством. Описанные признаки «сенильной психопатизации» имеют особое диагностическое значение тогда, когда на начальном этапе болезни возникают затяжные психопатические состояния.

Синдром слабоумия, представляющий собой основное проявление заболевания, относится к типу тотальной, или глобарной, деменции, т. е. сопровождается полным распадом психической деятельности. При развитии заболевания психическая деятельность оскудевает по закономерностям прогрессирующей амнезии: от наиболее сложного, позже приобретенного и менее закрепленного к более раноприобретенному, более организованному и автоматизированному. Прежде всего, страдают наиболее сложные, и творческие формы умственной деятельности, но больные еще могут пользоваться старым словарным запасом. В дальнейшем, как правило, снижение уровня суждений, умозаключений и других умственных операций, неуклонно прогрессирует. Центральное место в развитии деменции занимают нарушения памяти. Больные уже никаких сведений о себе (своем возрасте, своей семье, своем прошлом) дать не могут; они полностью утрачивают запасы школьных, профессиональных и других приобретенных знаний. На этом этапе развития деменций нарушается и аутопсихическая ориентировка, крайним выражением которой является так называемый симптом зеркала, (не узнают себя в зеркале). На фоне увеличивающейся «дефектности познания» окружающего мира и нарастающей дезориентировки возникают весьма характерные для больных старческим слабоумием ложные узнавания, которые отражают определенный «сдвиг ситуации в прошлое». В окружающих больные узнают лиц, которых они знали в детстве или молодости, давно умерших родственников или знакомых. Такой сдвиг в идентификации окружающих лиц может быть как бы ступенчатым, т. е. больные считают своих детей братьями или сестрами, а братьев и сестер – в свою очередь родителями и т. д. В последующем больные становятся полностью беспомощными, ложатся, не встают и умирают в состоянии полного психического маразма.

Болезнь Альцгеймера.

Заболевание начинается, по данным большинства авторов чаще в 55–56 лет, а средняя его продолжительность составляет от 8 до 9 лет. В отличие от старческого слабоумия болезнь Альцгеймера начинается с прогрессирующего снижения памяти. Постепенно развивается полная амнестическая дезориентировка. Одновременно с этим нарушаются функции речи с развитием афазии (больные застревают на отдельных слогах или произносят обрывки фраз), нарушается праксис (практические навыки), больные словно разучиваются шить, бриться, готовить пищу и т.д. Больные утрачивают способность читать, писать, считать, перестают понимать чужую речь. По этим симптомам болезнь Альцгеймера нередко называют афато-апракто-агностическим синдромом. По мере развития болезни больные становятся абсолютно беспомощными, умирают в состоянии маразма. Как и сенильная деменция, болезнь Альцгеймера в настоящее время не излечима. Уже в начале болезни больные с сенильной деменцией и болезнью Альцгеймера невменяемы и недееспособны.

5.3. Практическая подготовка *при наличии*

Код, направление, направленность	Наименование дисциплины	Количество часов дисциплины, реализуемые в форме практической подготовки		
		Всего	Семестр 1	Семестр ..

			Лекции	Пр.зан.	Лаб.р.
40.03.01	Судебная психиатрия							

Код компетенции	Индикатор компетенции	Содержание задания на практическую подготовку по выбранному виду деятельности	Число часов практической подготовки			
			Всего	Лекции	Практ. занятия	Лаб. раб

6. Методические материалы для обучающихся по освоению дисциплины

6.1. Самостоятельная работа обучающихся по дисциплине (модулю)

№ п/п	Раздел (тема) дисциплины	Задание	Часы	Методические рекомендации по выполнению задания	Форма контроля
Раздел 1. Общие положения судебной психиатрии					
1	Судебная психиатрия и её задачи. Судебно-психиатрическая экспертиза.	Изучить историю развития судебной психиатрии. Социальное значение судебной психиатрии. Понятие, предмет, методология, цели, задачи, система, субъект, объект исследования судебной психиатрии. Взаимодействие судебной психиатрии с другими науками. Особенности судебной психиатрии, определяющие её практическую направленность. Общепринятые руководящие принципы отечественной судебной психиатрии.	Очное обуч. 4,9 час., Оч.-заоч. обуч. 5,1 час. Заоч. обуч. 4 г. 6 мес. 4,9 час. Заоч.обуч. 3 г. 6 мес. 5,7 час.	Для усвоения обозначенных вопросов задания необходимо изучить соответствующие темы в следующих источниках: Судебная психиатрия: [Электронный ресурс]: учебник для вузов / Д. Ф. Хритинин, В. П. Котов, С. В. Полубинская – М. : Юридическое издательство Норма, 2019. – 632 с.: – Режим доступа – <a 495="" 523="" 964="" 980"="" data-label="Page-Footer" href="https://znanium.com/catalog/wide-search?Issue_type=&submitted=1&direction=1&title=Козлов%2C+B.+B.+Основы+судебно-психиатрической+экспертизы+&sub=1&author=&years=&reeonly=0&location=-1&isbn=&doi=&novfrom=Датий, А. В. Судебная медицина и психиатрия : учебник [Электронный ресурс] / А. В. Датий. – М.: РИОР, 2020. –294 с. – Режим доступа –</td> <td>Опрос, диспут</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox="> <p style="text-align: center;">29</p> 	

				<p>http://znanium.com/catalog/author/dac40344-f072-11e3-b92a-00237dd2fde 2Козлов, В. В. Основы судебно-психиатрической экспертизы [Электронный ресурс] : учеб.пособие / В. В. Козлов, Е. Е. Новикова. – 2-е изд., стер. – М.: Флин-та : МПСИ, 2012. – 184 с. – Режим доступа – http://znanium.com/bookread2.php?book=455465 Судебная психиатрия: [Электронный ресурс]: учебник для вузов / Н.М. Жариков, Г.В. Морозов, Д.Ф. Хритинин, В.П. Котов. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Норма: НИЦ ИНФРА-М, 2019. – 632 с. – Режим доступа – http://znanium.com/catalog.php?bookinfo=412101</p>	
2	<p>Виды судебно-психиатрических экспертиз в уголовном процессе. Невменяемость. «Ограниченная вменяемость» Процессуальная недееспособность.</p>	<p>Понятие, виды, задачи, процессуальные основания назначения судебно-психиатрической экспертизы в РФ. Случаи обязательного назначения судебно-психиатрической экспертизы. Процессуальное положение экспертов-психиатров. Перечень материалов, необходимых для проведения судебно-психиатрической экспертизы. Вопросы, указываемые следова-</p>	<p>Очное обуч. 5 час., Оч.-заоч. обуч. 5,1 час. Заоч. обуч 4 г. 6 мес. 5 час. Заоч.обуч. 3 г. 6 мес. 5,7 час.</p>	<p>Для усвоения обозначенных вопросов задания необходимо изучить соответствующие темы в следующих источниках: Судебная психиатрия: [Электронный ресурс]: учебник для вузов / Д. Ф. Хритинин, В. П. Котов, С. В. Полубинская – М. : Юридическое издательство Норма, 2019. – 632 с.: – Режим доступа – https://znanium.com/catalog/wide-search?Issue_type=&submitted=1&direction=1&title=Козлов%2CВ.+В.+Основы+судебно-психиатрической+экспертизы+&sub=1&author=&years=&reeonly=0&location=-1&is</p>	Опрос, диспут

		<p>телем в постановлении о назначении судебно-психиатрической экспертизы, его структура. Характеристика видов судебно-психиатрической экспертизы, порядок их назначения и проведения. Детерминированность поведения человека. Критерии определения невменяемости лица, совершившего общественно опасное деяние, в уголовном процессе. Установление психических расстройств, возникших после совершения правонарушения, и определение времени их начала. Привлечение к уголовной ответственности лиц с психическими расстройствами не исключающими вменяемость. Проблема невменяемости подростков.</p>		<p>bn=&doi=&novfrom= Датий, А. В. Судебная медицина и психиатрия : учебник [Электронный ресурс] / А. В. Датий. – М.: РИОР, 2020. –294 с. – Режим доступа – http://znanium.com/catalog/author/dac40344-f072-11e3-b92a-00237dd2fde Козлов, В. В. Основы судебно-психиатрической экспертизы [Электронный ресурс] : учеб.пособие / В. В. Козлов, Е. Е. Новикова. – 2-е изд., стер. – М.: Флин-та : МПСИ, 2012. – 184 с. – Режим доступа – http://znanium.com/bookread2.php?book=455465 Судебная психиатрия: [Электронный ресурс]: учебник для вузов / Н.М. Жариков, Г.В. Морозов, Д.Ф. Хритинин, В.П. Котов. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Норма: НИЦ ИНФРА-М, 2019. – 632 с. – Режим доступа – http://znanium.com/catalog.php?bookinfo=412101</p>	
3	<p>Судебно психиатрическая экспертиза в гражданском процессе. Недееспособность, сделкоспособность.</p>	<p>Понятие, виды, задачи, процессуальные основания назначения судебно-психиатрической экспертизы в гражданском</p>	<p>Очное обуч. 4,9 час., Оч.-заоч. обуч. 5,1 час. Заоч. обуч 4 г.</p>	<p>Для усвоения обозначенных вопросов задания необходимо изучить соответствующие темы в следующих источниках: Судебная психиатрия:</p>	<p>Опрос, диспут</p>

		процессе.	6 мес. 4,9 час. Заоч.обу ч. 3 г. 6 мес. 5,7 час.	<p>[Электронный ре-сурс]: учебник для вуов / Д. Ф. Хритинин, В. П. Котов, С. В. Полубинская – М. : Юридическое изда-тельство Норма, 2019. – 632 с.: – Режим доступа – https://znanium.com/catalog/wide-search?Issue_type=&submitted=1&direction=1&title=Козлов%2С+В.+В.+Основы+судебно-психиатрической+экспертизы+&sub=1&author=&years=&reeonly=0&location=-1&isbn=&doi=&novfrom=</p> <p>Датий, А. В. Судебная медицина и психиатрия : учебник [Электронный ресурс] / А. В. Датий. – М.: РИОР, 2020. –294 с. – Режим доступа – http://znanium.com/catalog/author/dac40344-f072-11e3-b92a-00237dd2fde</p> <p>Козлов, В. В. Основы судебно-психиатрической экспертизы [Электронный ресурс] : учеб.пособие / В. В. Козлов, Е. Е. Новикова. – 2-е изд., стер. – М.: Флин-та : МПСИ, 2012. – 184 с. – Режим доступа – http://znanium.com/bookread2.php?book=455465</p> <p>Судебная психиатрия: [Электронный ресурс]: учебник для вузов / Н.М. Жариков, Г.В. Морозов, Д.Ф. Хритинин, В.П. Котов. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Норма: НИЦ ИНФРА-М, 2019. – 632 с. – Режим доступа – http://znanium.com/catalog.php?bookinfo=412101</p>	
--	--	-----------	---	--	--

4	Принудительные меры медицинского характера, пенициарная психиатрия.	Цели и задачи принудительных мер медицинского характера в отношении больных, совершивших общественно опасные деяния. Определение социальной опасности больного человека. Основания для применения принудительных мер медицинского характера. Клинические показания, влияющие на назначение экспертом-психиатром амбулаторного принудительного лечения или принудительных мер медицинского характера в стационарных условиях. Предупреждение повторных общественно опасных деяний больных, после отмены принудительных мер медицинского характера. Меры медицинского характера, предусмотренные отечественным законодательством, в отношении осуждённых-психически больных и осуждённых, нуждающихся в лечении от	Очное обуч. 4,9 час., Оч.-заоч. обуч. 5,1 час. Заоч. обуч 4 г. 6 мес. 4,9 час. Заоч.обуч. 3 г. 6 мес. 5,7 час..	Для усвоения обозначенных вопросов задания необходимо изучить соответствующие темы в следующих источниках: Судебная психиатрия: [Электронный ресурс]: учебник для вузов / Д. Ф. Хритинин, В. П. Котов, С. В. Полубинская – М. : Юридическое издательство Норма, 2019. – 632 с.: – Режим доступа – https://znanium.com/catalog/wide-search?Issue_type=&submitted=1&direction=1&title=Козлов%2C+B.+B.+Основы+судебно-психиатрической+экспертизы+&sub=1&author=&years=&reeonly=0&location=-1&isbn=&doi=&novfrom= Датий, А. В. Судебная медицина и психиатрия : учебник [Электронный ресурс] / А. В. Датий. – М.: РИОР, 2020. –294 с. – Режим доступа – http://znanium.com/catalog/author/dac40344-f072-11e3-b92a-00237dd2fde Козлов, В. В. Основы судебно-психиатрической экспертизы [Электронный ресурс] : учеб.пособие / В. В. Козлов, Е. Е. Новикова. – 2-е изд., стер. – М.: Флин-та : МПСИ, 2012. – 184 с. – Режим доступа – http://znanium.com/bookread2.php?book=455465 Судебная психиатрия: [Электронный ресурс]: учебник для вузов / Н.М. Жариков, Г.В. Морозов, Д.Ф. Хрити-	Опрос, диспут
---	---	--	--	---	---------------

		алкоголизма или наркомании.		нин, В.П. Котов. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Норма: НИЦ ИНФРА-М, 2019. – 632 с. – Режим доступа – http://znanium.com/catalog.php?bookinfo=412101	
5	Пределы компетенции экспертов в рамках судебной психиатрии.	Компетенция эксперта в области судебной психиатрии. Вопросы, разрешаемые экспертом в уголовном судопроизводстве. Вопросы, разрешаемые экспертом в гражданском судопроизводстве.	Очное обуч. 4,9 час., Оч.-заоч. обуч. 5,1 час. Заоч. обуч 4 г. 6 мес. 4,9 час. Заоч.обуч. 3 г. 6 мес. 5,7 час.	Для усвоения обозначенных вопросов задания необходимо изучить соответствующие темы в следующих источниках: Судебная психиатрия: [Электронный ресурс]: учебник для вузов / Д. Ф. Хритинин, В. П. Котов, С. В. Полубинская – М. : Юридическое издательство Норма, 2019. – 632 с.: – Режим доступа – https://znanium.com/catalog/wide-search?Issue_type=&submitted=1&direction=1&title=Козлов%2CВ.+В.+Основы+судебно-психиатрической+экспертизы+&sub=1&author=&years=&reeonly=0&location=-1&isbn=&doi=&novfrom= Датий, А. В. Судебная медицина и психиатрия : учебник [Электронный ресурс] / А. В. Датий. – М.: РИОР, 2020. –294 с. – Режим доступа – http://znanium.com/catalog/author/dac40344-f072-11e3-b92a-00237dd2fde Козлов, В. В. Основы судебно-психиатрической экспертизы [Электронный ресурс] : учеб.пособие / В. В. Козлов, Е. Е. Новикова. – 2-е изд., стер. – М.: Флин-та : МПСИ, 2012. – 184 с. – Режим	Опрос, диспут

				<p>доступа – http://znanium.com/bookread2.php?book=455465 Судебная психиатрия: [Электронный ресурс]: учебник для вузов / Н.М. Жариков, Г.В. Морозов, Д.Ф. Хритинин, В.П. Котов. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Норма: НИЦ ИНФРА-М, 2019. – 632 с. – Режим доступа – http://znanium.com/catalog.php?bookinfo=412101</p>	
Раздел 2 Частная и общая психопатология и судебно-психиатрическая оценка основных ее форм					
6	<p>Общая психопатология. Основные симптомы и синдромы в психиатрии (признаки психических болезней).</p>	<p>Причины и условия возникновения психических заболеваний, их классификация по группам и характерные особенности каждой из них. Стадии течения психического заболевания. Основания выделения психических заболеваний по клиническому течению, динамическому развитию; их возможный исход. Обязательный перечень документов, прилагаемых к постановлению о производстве судебно-психиатрической экспертизы. Основные методы обследования, применяемые экспертами психиатрами в</p>	<p>Очное обуч. 4,9 час., Оч.-заоч. обуч. 5,1 час. Заоч. обуч 4 г. 6 мес. 4,9 час. Заоч.обуч. 3 г. 6 мес. 5,7 час.</p>	<p>Для усвоения обозначенных вопросов задания необходимо изучить соответствующие темы в следующих источниках: Судебная психиатрия: [Электронный ресурс]: учебник для вузов / Д. Ф. Хритинин, В. П. Котов, С. В. Полубинская – М. : Юридическое издательство Норма, 2019. – 632 с.: – Режим доступа – https://znanium.com/catalog/wide-search?Issue_type=&submitted=1&direction=1&title=Козлов%2С+В.+В.+Основы+судебно-психиатрической+экспертизы+&sub=1&author=&years=&reeonly=0&location=-1&isbn=&doi=&novfrom= Датий, А. В. Судебная медицина и психиатрия : учебник [Электронный ресурс] / А. В. Датий. – М.: РИОР, 2020. –294 с. – Режим доступа – http://znanium.com/catalog/author/dac40344-f072</p>	<p>Опрос, диспут</p>

		судебно-психиатрической практике. Понятие и характеристика психического заболевания. Определение психопатологических симптомов: основные группы и их особенности. Сущность понимания симптомов психопатологии при интерпретации юристами актов судебно-психиатрической экспертизы и её социальное значение.		-11e3-b92a-00237dd2fde 2Козлов, В. В. Основы судебно-психиатрической экспертизы [Электронный ресурс] : учеб.пособие / В. В. Козлов, Е. Е. Новикова. – 2-е изд., стер. – М.: Флин-та : МПСИ, 2012. – 184 с. – Режим доступа – http://znanium.com/bookread2.php?book=455465 Судебная психиатрия: [Электронный ресурс]: учебник для вузов / Н.М. Жариков, Г.В. Морозов, Д.Ф. Хритинин, В.П. Котов. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Норма: НИЦ ИНФРА-М, 2019. – 632 с. – Режим доступа – http://znanium.com/catalog.php?bookinfo=412101	
7	Синдромы помраченного сознания их судебно-экспертное значение.	Понятие, признаки и судебно-психиатрическое значение по мраченного сознания. Характеристика каждого из помраченных состояний.	Очное обуч. 4,9 час., Оч.-заоч. обуч. 5,1 час. Заоч. обуч 4 г. 6 мес. 4,9 час. Заоч.обуч. 3 г. 6 мес. 5,7 час.	Для усвоения обозначенных вопросов задания необходимо изучить соответствующие темы в следующих источниках: Судебная психиатрия: [Электронный ресурс]: учебник для вуов / Д. Ф. Хритинин, В. П. Котов, С. В. Полубинская – М. : Юридическое издательство Норма, 2019. – 632 с.: – Режим доступа – https://znanium.com/catalog/wide-search?Issue_type=&submitted=1&direction=1&title=Козлов%2C+B.+B.+Основы+судебно-психиатрической+экспертизы+&sub=1&author=&years=&reeonly=0&location=-1&isbn=&doi=&novfrom=	Опрос, диспут
				Датий, А. В. Судебная	

				<p>медицина и психиатрия : учебник [Электронный ресурс] / А. В. Датий. – М.: РИОР, 2020. –294 с. – Режим доступа – http://znanium.com/catalog/author/dac40344-f072-11e3-b92a-00237dd2fde</p> <p>2Козлов, В. В. Основы судебно-психиатрической экспертизы [Электронный ресурс] : учеб.пособие / В. В. Козлов, Е. Е. Новикова. – 2-е изд., стер. – М.: Флин-та : МПСИ, 2012. – 184 с. – Режим доступа – http://znanium.com/bookread2.php?book=455465</p> <p>Судебная психиатрия: [Электронный ресурс]: учебник для вузов / Н.М. Жариков, Г.В. Морозов, Д.Ф. Хритинин, В.П. Котов. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Норма: НИЦ ИНФРА-М, 2019. – 632 с. – Режим доступа – http://znanium.com/catalog.php?bookinfo=412101</p>	
8	Олигофрении (врожденное слабоумие). Расстройства личности (психопатии).	Понятие и причины возникновения олигофрении. Дифференциации олигофрении по степени отставания психического развития. Судебно-психиатрическая оценка олиго френии и её социальное значение. Классификация психопатии в зависимости от её кли	Очное обуч. 4,9 час., Оч.-заоч. обуч. 5,1 час. Заоч. обуч 4 г. 6 мес. 4,9 час. Заоч.обуч. 3 г. 6 мес. 5,7 час.	Для усвоения обозначенных вопросов задания необходимо изучить соответствующие темы в следующих источниках: Судебная психиатрия: [Электронный ресурс]: учебник для вуов / Д. Ф. Хритинин, В. П. Котов, С. В. Полубинская – М. : Юридическое издательство Норма, 2019. – 632 с.: – Режим доступа – https://znanium.com/catalog/wide-search?Issue_type=&submitted=1&	Опрос, диспут

		<p>нических особенностей (по этиологическим и клиническим признакам). Динамика психопатий (течение, динамика, развитие). Судебно-психиатрическая оценка деяний психопатических личностей в зависимости от формы психопатии..</p>		<p>direction=1&title=Козлов%2C+В.+В.+Основы+судебно-психиатрической+экспертизы+&sub=1&author=&years=&reeonly=0&location=-1&isbn=&doi=&novfrom=Датий, А. В. Судебная медицина и психиатрия : учебник [Электронный ресурс] / А. В. Датий. – М.: РИОР, 2020. –294 с. – Режим доступа – http://znanium.com/catalog/author/dac40344-f072-11e3-b92a-00237dd2fde</p> <p>2Козлов, В. В. Основы судебно-психиатрической экспертизы [Электронный ресурс] : учеб.пособие / В. В. Козлов, Е. Е. Новикова. – 2-е изд., стер. – М.: Флин-та : МПСИ, 2012. – 184 с. – Режим доступа – http://znanium.com/bookread2.php?book=455465</p> <p>Судебная психиатрия: [Электронный ресурс]: учебник для вузов / Н.М. Жариков, Г.В. Морозов, Д.Ф. Хритинин, В.П. Котов. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Норма: НИЦ ИНФРА-М, 2019. – 632 с. – Режим доступа – http://znanium.com/catalog.php?bookinfo=412101</p>	
9	Шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, эпилепсия.	<p>Клиническая симптоматика больных шизофренией. Классификация шизофрении по течению заболевания. Особенности различных клиниче-</p>	<p>Очное обуч. 4,9 час., Оч.-заоч. обуч. 5,1 час. Заоч. обуч 4 г. 6 мес. 4,9 час. Заоч.обу</p>	<p>Для усвоения обозначенных вопросов задания необходимо изучить соответствующие темы в следующих источниках:Судебная психиатрия: [Электронный ресурс]: учебник для вуов / Д. Ф. Хритинин, В. П.</p>	Опрос, диспут

		ских форм шизофрении. Судебно-психиатрическая оценка отдельных форм шизофрении.	ч. 3 г. 6 мес. 5,7 час.	Котов, С. В. Полубинская – М. : Юридическое издательство Норма, 2019. – 632 с.: – Режим доступа – https://znanium.com/catalog/wide-search?Issue_type=&submitted=1&direction=1&title=Козлов%2C+B.+B.+Основы+судебно-психиатрической+экспертизы+&sub=1&author=&years=&reeonly=0&location=-1&isbn=&doi=&novfrom= Датий, А. В. Судебная медицина и психиатрия : учебник [Электронный ресурс] / А. В. Датий. – М.: РИОР, 2020. –294 с. – Режим доступа – http://znanium.com/catalog/author/dac40344-f072-11e3-b92a-00237dd2fde2 Козлов, В. В. Основы судебно-психиатрической экспертизы [Электронный ресурс] : учеб.пособие / В. В. Козлов, Е. Е. Новикова. – 2-е изд., стер. – М.: Флин-та : МПСИ, 2012. – 184 с. – Режим доступа – http://znanium.com/bookread2.php?book=455465 Судебная психиатрия: [Электронный ресурс]: учебник для вузов / Н.М. Жариков, Г.В. Морозов, Д.Ф. Хритинин, В.П. Котов. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Норма: НИЦ ИНФРА-М, 2019. – 632 с. – Режим доступа – http://znanium.com/catalog.php?bookinfo=412101	
10	Болезни зависимости их экспертная оценка. Симу-	Классификация алкоголизма и характерологи-	Очное обуч. 4,9 час.,	Для усвоения обозначенных вопросов задания необходимо	Опрос, диспут

	<p>ляция психических расстройств. Реактивные психозы и исключительные состояния.</p>	<p>ческие особенности каждой из её основных форм. Асоциальная сущность наркомании и её зависимость от динамики заболевания. Характерные особенности токсикомании. Судебно-психиатрическая оценка простого и патологического опьянения, хронического алкоголизма и его осложнений (алкогольных психозов и делириумов), наркомании и токсикомании.</p>	<p>Оч.-заоч. обуч. 5,1 час. Заоч. обуч 4 г. 6 мес. 4,9 час. Заоч.обуч. 3 г. 6 мес. 5,7 час.</p>	<p>изучить соответствующие темы в следующих источниках: Судебная психиатрия: [Электронный ресурс]: учебник для вузов / Д. Ф. Хритинин, В. П. Котов, С. В. Полубинская – М. : Юридическое издательство Норма, 2019. – 632 с.: – Режим доступа – https://znanium.com/catalog/wide-search?Issue_type=&submitted=1&direction=1&title=Козлов%2C+В.+В.+Основы+судебно-психиатрической+экспертизы+&sub=1&author=&years=&reeonly=0&location=-1&isbn=&doi=&novfrom= Датий, А. В. Судебная медицина и психиатрия : учебник [Электронный ресурс] / А. В. Датий. – М.: РИОР, 2020. –294 с. – Режим доступа – http://znanium.com/catalog/author/dac40344-f072-11e3-b92a-00237dd2fde Козлов, В. В. Основы судебно-психиатрической экспертизы [Электронный ресурс] : учеб.пособие / В. В. Козлов, Е. Е. Новикова. – 2-е изд., стер. – М.: Флин-та : МПСИ, 2012. – 184 с. – Режим доступа – http://znanium.com/bookread2.php?book=455465 Судебная психиатрия: [Электронный ресурс]: учебник для вузов / Н.М. Жариков, Г.В. Морозов, Д.Ф. Хритинин, В.П. Котов. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Норма: НИЦ</p>	
--	--	--	---	--	--

				ИНФРА-М, 2019. – 632 с. – Режим доступа – http://znanium.com/catalog.php?bookinfo=412101	
11	Атрофические болезни головного мозга.	Старческое слабоумие (сенильная деменция), Болезнь Альцгеймера. Симптомы болезни Альцгеймера.	Очное обуч. 4,9 час., Оч.-заоч. обуч. 5,1 час. Заоч. обуч 4 г. 6 мес. 4,9 час. Заоч.обуч. 3 г. 6 мес. 5,7 час.	Для усвоения обозначенных вопросов задания необходимо изучить соответствующие темы в следующих источниках: Судебная психиатрия: [Электронный ресурс]: учебник для вузов / Д. Ф. Хритинин, В. П. Котов, С. В. Полубинская – М. : Юридическое издательство Норма, 2019. – 632 с.: – Режим доступа – <a author="" catalog="" dac40344-f072-11e3-b92a-00237dd2fde2"="" href="https://znanium.com/catalog/wide-search?issue_type=&submitted=1&direction=1&title=Козлов%2C+B.+B.+Основы+судебно-психиатрической+экспертизы+&sub=1&author=&years=&freeonly=0&location=-1&isbn=&doi=&novfrom=Датий, А. В. Судебная медицина и психиатрия : учебник [Электронный ресурс] / А. В. Датий. – М.: РИОР, 2020. –294 с. – Режим доступа – http://znanium.com/catalog/author/dac40344-f072-11e3-b92a-00237dd2fde2 Козлов, В. В. Основы судебно-психиатрической экспертизы [Электронный ресурс] : учеб.пособие / В. В. Козлов, Е. Е. Новикова. – 2-е изд., стер. – М.: Флин-та : МПСИ, 2012. – 184 с. – Режим доступа – http://znanium.com/bookread2.php?book=455465 Судебная психиатрия: [Электронный ресурс]:	Опрос, диспут

				учебник для вузов / Н.М. Жариков, Г.В. Морозов, Д.Ф. Хритинин, В.П. Котов. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Норма: НИЦ ИНФРА-М, 2019. – 632 с. – Режим доступа – http://znanium.com/catalog.php?bookinfo=41210 1	
--	--	--	--	--	--

6.2. Тематика и задания для практических занятий
ПЛАНЫ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ
ПО УЧЕБНОМУ КУРСУ
СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Одной из форм изучения курса «Судебная психиатрия» являются практические занятия, которые представляют собой групповую беседу студентов под руководством преподавателя. Целью практического занятия является повышение теоретического уровня знаний студентов, их умение ориентироваться в действующем законодательстве, и использовать их положения на практике. Практические занятия дают возможность студентам проверить, а преподавателю проконтролировать уровень усвоения тех или иных вопросов деятельности юристов при назначении и проведении судебно-психиатрической экспертизы в рамках уголовного и гражданского судопроизводства. Практические занятия способствуют выработке у студентов умения грамотно и чётко формулировать и излагать свои мысли, вести дискуссию, отстаивать свои мнения и убеждения. Цель занятия может быть достигнута только при условии должной подготовки студента к данному семинарскому занятию. Готовясь к занятию, студент должен проработать конспект лекции, соответствующий раздел учебника или учебного пособия, рекомендуемую литературу.

Практическое занятие по теме № 1 Судебная психиатрия и ее задачи. Судебно-психиатрическая экспертиза.

История развития судебной психиатрии. Социальное значение судебной психиатрии. Объект и предмет исследования судебной психиатрии. Цель судебной психиатрии. Практические задачи данной правовой науки. Подходы к решению проблем судебной психиатрии через реализацию её целей и задач. Основные организационные и методические разделы судебной психиатрии. Взаимодействие судебной психиатрии с криминалистикой, криминологией, теорией оперативно-розыскной деятельности, уголовным и гражданским правом и процессом, судебной медициной, биологией, психологией, а также с общественными и другими науками. Особенности судебной психиатрии, определяющие её практическую направленность. Организация судебно-психиатрической экспертизы и ее правовые основы. Психиатр – эксперт, его права и обязанности. Процессуальное положение экспертов-психиатров. Основания для назначения СПЭ. Случаи обязательного назначения судебно-психиатрической экспертизы.

Практическое занятие по теме № 2 Виды судебно-психиатрических экспертиз в уголовном процессе. Невменяемость. «Ограниченная вменяемость». Процессуальная дееспособность.

Первичная, дополнительная и повторная экспертиза. Комплексные экспертизы. Амбулаторная и стационарная экспертизы. Посмертные и заочные исследования. Перечень материалов, необходимых для проведения экспертами судебно-психиатрической экспертизы.

Философско-психологические и правовые основы понятий вменяемости и невменяемости. Детерминированность поведения человека. Формула невменяемости. Медицинский (психиатрический) и юридический (психологический) критерии. Их признаки. Интеллектуальная и волевая составляющие психологического критерия. Значение сопоставления данных критериев в процессе судебно-психиатрической диагностики и выработки экспертного решения. Установление психических расстройств, возникших после совершения правонарушения, и определение времени их начала. «Уменьшенная вменяемость» (ст. 22 УК.РФ) ее критерии. Уголовная ответственность лиц с психическими расстройствами, не исключающими вменяемость. Процессуальная дееспособность, критерии диагностики.

Практическое занятие по теме № 3 Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе. Недееспособность, сделкоспособность.

Понятие недееспособности и условия её возникновения. Критерии недееспособности: медицинский и юридический. Сходство и различие в решении проблемы недееспособности и невменяемости. Правовые аспекты по определению недееспособности. Правовые аспекты экспертизы по различным имущественным спорам. Правовые аспекты экспертизы в соответствии с Семейным кодексом, спорам по воспитанию детей. Судебно-психиатрическая экспертиза по делам в связи с Законом «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании».

Практическое занятие по теме № 4 Принудительные меры медицинского характера (ПММХ). Пенитенциарная психиатрия.

Законодательные основы принудительных мер медицинского характера. Виды принудительных мер медицинского характера. Основания для назначения ПММХ. Порядок назначений, продления, изменения и отмены ПММХ. Принудительное лечение, соединенное с исполнением наказания. Цели и задачи пенитенциарной психиатрии. Структура оказания психиатрической помощи лицам находящимся под стражей и осужденным. Порядок оказания психиатрической помощи в местах лишения свободы.

Практическое занятие по теме № 5 Пределы компетенции экспертов в рамках судебной психиатрии.

Экспертные специальности в судебной психиатрии. Компетенции судебного психиатра, судебного психолога, судебного сексолога. Постановка вопросов экспертам в зависимости от экспертной специальности в рамках уголовного и гражданского процесса. Основные ошибки при назначении той или иной экспертизы в рамках судебной психиатрии. Основания для назначения комплексных исследований. Оценка результатов экспертиз.

Практическое занятие по теме № 6 Общая психопатология. Основные симптомы и синдромы в психиатрии (признаки психических болезней)

Определение понятий: симптом – синдром – нозология. Бредовые и галлюцинаторные синдромы. Депрессия и мания. Психоорганические и судорожные синдромы. Кататонический синдром. Мнестические синдромы. Синдром Корсакова. Астенический синдром. Психопатоподобные синдромы. Слабоумие. Сущность понимания психопатологии при интерпретации юристами актов судебно-психиатрической экспертизы и её социальное значение.

Практическое занятие по теме № 7 Синдромы помраченного сознания их судебно-экспертное значение.

Признаки помраченного сознания и особенности диагностики. Виды помраченного сознания. Делирий: причины, проявления, особенности течения, степень социальной опасности. Онейроид: причины, проявления, особенности течения, степень социальной опасности. Сумеречное помрачение сознания: причины, проявления, особенности течения, степень

социальной опасности. Оглушение: причины, проявления, особенности течения, степень социальной опасности.

Практическое занятие по теме № 8 Олигофрении. Расстройства личности.

Причины и виды олигофрений. Отличие психического дефекта при олигофрении от других форм слабоумия. Основные проявления дебильности и возможные криминальные деяния при ней. Имбецильность. Идиотия. Степень их социальной опасности. Судебно-психиатрическая оценка олигофрений в уголовном и гражданском процессах. Социальное значение. Расстройства личности (психопатии). Варианты. Динамика психопатий. Судебно-психиатрическая оценка деяний психопатических личностей в зависимости от формы и степени глубины личностного расстройства.

Практическое занятие по теме № 9 Шизофрения. Маниакально-депрессивный психоз. Эпилепсия.

Причины возникновения и распространенность шизофрении. Социальное и юридическое значение шизофрении. Основные клинические проявления (синдромы) и формы течения. Бред и слуховые обманы при шизофрении. Негативная симптоматика при шизофрении. Особенности распознавания этого расстройства в судебно-экспертной практике. Судебно-психиатрическая оценка отдельных ее форм. Основные признаки фаз маниакально-депрессивного психоза и возможность криминальных деяний при каждой из них. Судебно-психиатрическая оценка маниакально-депрессивного психоза. Эпилепсия и ее признаки. Припадки их варианты, сумеречное помрачение сознания. Специфические изменения личности, отмечаемые у лиц, страдающих эпилепсией. Судебно-психиатрическая оценка деяний больных эпилепсией.

Практическое занятие по теме № 10 Болезни зависимости их экспертная оценка. Симуляция психических расстройств. Реактивные психозы и исключительные состояния.

Токсикомании, наркомании, алкоголизм. Их сходства и различия. Общие проявления болезней зависимости. Типичные признаки первой стадии зависимости. Типичные признаки второй стадии зависимости. Типичные признаки конечной стадии зависимости. Степень злокачественности течения при различных формах токсико и наркоманий. Изменения личности при этих болезнях. Алкогольное слабоумие, особенности. Психозы при болезнях зависимости. Экспертная оценка в зависимости от стадии течения. Распространенность и виды симуляции в судебной психиатрии. Причины реактивных психозов, их основные проявления. Исключительные состояния (патологический аффект, реакция короткого замыкания, просоночное состояние, сумеречное помрачение сознания) их социальное и экспертное значение.

Практическое занятие по теме № 11 Атрофические болезни головного мозга

Особенности психических изменений при инволюционном процессе у лиц пожилого и старческого возраста. Клиническая картина болезни Альцгеймера, и старческого слабоумия (Сенильной деменции). Расстройства интеллекта и памяти при данных заболеваниях. Прогноз. Судебно-психиатрическая оценка в уголовном и гражданском процессах лиц страдающих данными расстройствами.

6.3. Тематика и задания для лабораторных занятий (не предусмотрено)

6.4. Методические рекомендации для выполнения курсовых работ (проектов) (не предусмотрено)

7. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины

Нормативные правовые акты

Конституция Российской Федерации [Электронный ресурс] : [принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г. (с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 1 июля 2020 года)] : официальный текст : по состоянию на 21 декабря 2020 г. – М. : Инфра-М, 2021. – Режим доступа – http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/ Дата обращения 24 февраля 2021 г.

Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации [Электронный ресурс] : [принят Гос. Думой 22 ноября 2001 г. : одобрен Советом Федерации 5 декабря 2001 г., № 174-ФЗ] : офиц. текст : по состоянию на 24 февраля 2021 г. – Режим доступа – http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34481/ Дата обращения 24 февраля 2021 г.

Уголовный кодекс Российской Федерации : [Электронный ресурс] : [принят Гос. Думой 24 мая 1996 г. : одобрен Советом Федерации 5 июня 1996 г., № 63-ФЗ] : офиц. текст : по состоянию на 24 февраля 2021 г. – Режим доступа – http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699/ Дата обращения 24 февраля 2021 г.

Федеральный закон «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» [Электронный ресурс] : [принят Гос. Думой 5 апреля 2001 г. : одобрен Советом Федерации 16 мая 2001 г. № 73-ФЗ] : офиц. текст : по состоянию на 26 июля 2019 г. – Режим доступа – http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_31871/ Дата обращения 24 февраля 2021 г.

Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» [Электронный ресурс] : [принят Гос. Думой 01 ноября 2011 г. : одобрен Советом Федерации 09 ноября 2011 г., №323-ФЗ].офиц. текст : по состоянию на 29 декабря 2017 г. – Режим доступа – http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ Дата обращения 24 февраля 2021 г.

Приказ Министра социального развития Российской Федерации № 346н от 12 мая 2010 г. «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации» :[Электронный ресурс] : [принят Министерством социального развития Российской Федерации] : офиц. текст : по состоянию на 24 февраля 2021 г. – Режим доступа – <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=103821> Дата обращения 24 февраля 2021 г.

а) основная:

Судебная психиатрия: [Электронный ресурс]: учебник для вузов / Д. Ф. Хритинин, В. П. Котов, С. В. Полубинская – М. : Юридическое издательство Норма, 2019. – 632 с.: – Режим доступа – https://znanium.com/catalog/wide-search?issue_type=&submitted=1&direction=1&title=Козлов%2C+B.+B.+Основы+судебно-психиатрической+экспертизы+&sub=1&author=&years=&freeonly=0&location=-1&isbn=&doi=&novfrom=

Датий, А. В. Судебная медицина и психиатрия : учебник [Электронный ресурс] / А. В. Датий. – М.: РИОР, 2020. –294 с. – Режим доступа – <http://znanium.com/catalog/author/dac40344-f072-11e3-b92a-00237dd2fde2>

Козлов, В. В. Основы судебно-психиатрической экспертизы [Электронный ресурс] : учеб.пособие / В. В. Козлов, Е. Е. Новикова. – 2-е изд., стер. – М.: Флинта : МПСИ, 2012. – 184 с. – Режим доступа – <http://znanium.com/bookread2.php?book=455465>

Судебная психиатрия: [Электронный ресурс]: учебник для вузов / Н.М. Жариков, Г.В. Морозов, Д.Ф. Хритинин, В.П. Котов. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Норма: НИЦ ИНФРА-М, 2019. – 632 с. – Режим доступа – <http://znanium.com/catalog.php?bookinfo=412101>

б) дополнительная:

Барденштейн, Л.М. Клиническая психиатрия. Избранные лекции: [Электронный ресурс]: учебное пособие / Л.М. Барденштейн и др.; Под ред. Л.М. Барденштейна и др. – М.: НИЦ ИНФРА-М, 2014. – 432 с. – Режим доступа – <http://znanium.com/bookread2.php?book=396337>

Барденштейн, Л.М. Расстройства шизофренического спектра: Учебное пособие / Л.М. Барденштейн, И.В. Щербакова, Г.А. Алешкина. – М.: НИЦ ИНФРА-М, 2014. – 112 с.: – Режим доступа – <http://znanium.com/bookread2.php?book=429876>

Волков, В.Н. Судебная психиатрия. Структурно-логические схемы : [Электронный ресурс]: учебное пособие для вузов / В.Н. Волков. – Москва : Юнити-Дана, 2015. – 255 с. – Режим доступа – <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=446581>

Власова, О. Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ: История, мыслители проблемы: [Электронный ресурс]: монография / О. Власова. – М.:ИД Тер.будущего, 2010. – 640 с. – Режим доступа – <http://znanium.com/bookread2.php?book=230756>

Жариков, Н. М. Судебная психиатрия: [Электронный ресурс]: учебник для вузов / Н.М. Жариков, Г.В. Морозов, Д.Ф. Хритинин. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: НОРМА, 2009. – 624 с. – Режим доступа – <http://znanium.com/bookread2.php?book=189856>

Пауков, В.С. Судебная психиатрия: [Электронный ресурс]: лекции / В.С. Пауков. – М.: Норма: ИНФРА-М, 2010. – 208 с. – Режим доступа – <http://znanium.com/bookread2.php?book=194106>

8. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины

Справочная правовая система «КонсультантПлюс» студенту и преподавателю
Справочная правовая система «ГАРАНТ»

Электронные библиотечные системы:

1. ЭБС «Znanium»
2. ЭБС «Университетская библиотека online»

9. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине

Занятия проводятся в аудиториях, оборудованных необходимыми мебелью и оборудованием:

- лекции в аудиториях: В1-9, оборудованной 160 посадочными местами, мультимедиа проектором, компьютером, микрофоном, динамиками, экраном, экраном, меловой доской, свободным доступом WiFi; Г-116, оборудованной 80 посадочными мустами, проектором, компьютером, микрофоном и динамиками, доской и экраном; 113, оборудованной 52 посадочными мустами, проектором, компьютером, доской и экраном; Г-217, оборудованной 52 посадочными мустами, проектором, компьютером, доской и экраном;

- практические занятия в аудиториях: 111, оборудованной 40 посадочными мустами, проектором, компьютером, доской и экраном; Г-222, оборудованной 36 посадочными мустами, проектором, компьютером, доской и экраном.