

Министерство образования и науки Российской Федерации
Ярославский государственный университет им. П. Г. Демидова
Кафедра уголовного процесса и криминалистики

СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Учебно-методическое пособие

Рекомендовано

*Научно-методическим советом университета для студентов,
обучающихся по направлению Юриспруденция*

Ярославль
ЯрГУ
2015

УДК 340.63(072)
ББК Р648я73
С89

*Рекомендовано
Редакционно-издательским советом университета
в качестве учебного издания. План 2015 года*

Рецензент
кафедра уголовного процесса и криминалистики
ЯрГУ им. П. Г. Демидова

Составитель
Р. Ю. Смирнов

Судебная психиатрия : учебно-методическое пособие
С89 / сост. Р. Ю. Смирнов ; Яросл. гос. ун-т им. П. Г. Демидова.
— Ярославль : ЯрГУ, 2015. — 48 с.

В учебно-методическом пособии разъяснены существующие в психиатрии представления о типичном течении и элементарных признаках (симптомах) психических расстройств в аспекте их влияния на юридически значимые характеристики человека как субъекта правоотношений; предложены вопросы для самоконтроля, список литературы.

Предназначено для студентов, обучающихся по направлению 40.03.01 (030900.62) Юриспруденция (дисциплина «Судебная психиатрия», цикл БЗ), очной и очно-заочной форм обучения.

УДК 340.63(072)
ББК Р648я73

© ЯрГУ, 2015

Введение

Дисциплина «Судебная психиатрия» обеспечивает приобретение знаний и умений в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом, содействуя системности и комплексности образования, развитию правового мышления по указанной дисциплине. Целью изучения дисциплины является ознакомление с типичными формами и содержанием болезненных состояний психики, которые детерминируют юридически значимое поведение людей и определяют его субъективные свойства. В пособии мы преимущественно указали те элементарные виды расстройств психики, которые (в различных своих сочетаниях) формируют клинику большинства психических заболеваний и имеют наибольшее значение в судебно-психиатрической практике. Задачами курса является формирование представления о симптомах психических заболеваний, которое обеспечит практикующему юристу возможность осмысленного и эффективного решения вопросов, связанных с предварительной оценкой психического состояния участников процесса, использованием специальных познаний в области психологии и психиатрии. Так, например, дознаватель, следователь или судья должны самостоятельно решить вопрос о необходимости назначения судебно-психиатрической экспертизы; собрать материалы, подлежащие экспертному исследованию; юридически и психиатрически грамотно сформулировать экспертное задание и, наконец, правильно оценить данное экспертами заключение и умело использовать его в процессе доказывания. Без знания основ клинической психиатрии и сведений о юридически релевантных характеристиках психических заболеваний сделать это невозможно.

Тема 1. Причины возникновения и классификация психических расстройств

1.1. Причины и условия возникновения психических расстройств

Причины большинства патологических состояний психики (болезней), к сожалению, **неизвестны** (!), что составляет одну из основных проблем психиатрии и делает соответствующие психические расстройства неизлечимыми. Механизмы развития (патогенез) большинства психических болезней также могут быть представлены только на уровне гипотез. Тем не менее причины некоторых расстройств психики к настоящему времени установлены. Все они в зависимости от своей сущности могут быть разделены:

- 1) на **соматические** (то есть материальные, телесные);
- 2) **психические** (нематериальные, не имеющие материальной, морфологической основы).

К **первой** группе причин следует относить:

- *травмы и заболевания* головного мозга (как наиболее вероятного материального субстрата психической деятельности). Это, например черепно-мозговая травма в форме ушиба головного мозга, неинфекционные заболевания (в том числе нарушение мозгового кровообращения в результате закупорки или разрыва сосуда головного мозга), целый ряд инфекций (энцефалит, менингит, сифилис нервной системы) и др;

- острые и хронические *отравления* (интоксикации), нарушающие функционирование головного мозга. Особое место среди таких отравлений занимают отравления психоактивными веществами: алкоголем, наркотическими веществами и др. Психические расстройства могут развиваться также при отравлении промышленными ядами (ртутью, пестицидами, инсектицидами, тетраэтилсвинцом и др.), а также при неправильном применении некоторых лекарственных препаратов (атропина, акрихина и др.). Кроме того, возможно и «самоотравление» организма продуктами нарушенного обмена веществ (аутоинтоксикация), вырабатываемыми при нарушениях деятельности его органов и систем.

Таковы психические расстройства при диабете, раке и некоторых других заболеваниях. Некоторые ученые полагают, что аутоинтоксикация имеет значение в возникновении шизофрении;

- *биохимические и гормональные* нарушения, изменяющие параметры функционирования центральной нервной системы. Исследования в этой области находят практический выход в применении психофармакологических средств;

- *генетические (наследственные)* факторы, но не все, а только те, которые детерминируют четко установленные наследственные болезни с прямой передачей потомкам конкретных клинически выраженных патологических признаков. Такие расстройства составляют лишь небольшую часть психических болезней и относятся преимущественно к олигофрениям (например, при синдроме Дауна). В подавляющем же большинстве случаев наследственные факторы являются **не причиной**, а предрасполагающим условием (фактором повышенного риска) возникновения психического заболевания. Вместе с тем угроза заболевания не является неизбежной. Так, например, клинический опыт и специальные исследования свидетельствуют о несомненном значении наследственного фактора при шизофрении. Однако установлено, что при болезни одного родителя дети заболевают шизофренией в 16 % случаев, при болезни обоих родителей число больных детей возрастает вдвое. По мере накопления наших знаний о наследственных болезнях и механизмах их развития появляется все больше данных о возможности преодоления их последствий. Разрабатываются и уже достаточно широко используются в медицинской практике специальные приемы для уменьшения роли патологических последствий при некоторых генетически обусловленных формах олигофрении, связанных с расстройствами обмена веществ.

Ко **второй** группе причин следует относить *психические травмы*, которые весьма разнообразны и могут быть острыми и хроническими. Обычно хроническая психическая травматизация касается наиболее тяжелых для данной личности категорий (чести, достоинства, социального престижа и т. д.). Острая травма чаще связана с непосредственной угрозой жизни и здоровью самого заболевшего или его близких. Одной из наиболее популярных гипотез в настоящее время является гипотеза нарушения «барьера пси-

хической адаптации», базирующегося на биологической и социальной основах жизнедеятельности человека. Срыв адаптации в результате психотравмы, превышающей компенсаторные возможности личности, приводит к заболеванию.

Существенное влияние на возникновение и развитие психических расстройств оказывают **условия** действия соответствующих причин. Особенности внешней и внутренней среды организма в зависимости от конкретных обстоятельств могут или способствовать, или препятствовать развитию психической болезни. Эти же условия влияют на клинические проявления и особенности течения возникшей патологии. Так, например, условиями, предрасполагающими к возникновению расстройств психики, являются наличие соматических (телесных) болезней или травм, бессонница, переутомление и т. п.

1.2. Классификация психических расстройств

Принципы классификации психических заболеваний за длительный период истории психиатрии претерпели значительную эволюцию. На ранних этапах систематика психических заболеваний проводилась на основе преобладающих у больного психических расстройств — синдромологического принципа. По мере развития психиатрии систематика психических болезней строилась с учетом ряда предпосылок: синдромологический подход (ориентация на психические расстройства, выявленные у больного в период обследования) дополнялся описаниями особенностей динамики отдельных состояний, соображениями об общей характеристике патологического процесса.

Большую роль в создании классификации психических заболеваний для обеспечения унифицированной оценки психически больных психиатрами различных стран сыграла Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). С участием экспертов и специалистов различных стран ВОЗ подготовила в течение нескольких лет ряд вариантов Международной классификации болезней (МКБ). Процесс ее создания сложен. Классификация может получить широкое признание, если обеспечить возможность ее применения психиатрами различных стран, придерживающимися различных взглядов на диагностику психических расстройств.

В России, как и во многих странах, для административно-статистических целей МКБ-10 применяется уже в течение ряда лет. Она состоит из десяти блоков, каждый из которых включает отдельные психические заболевания, варианты этих психических заболеваний и психопатологические синдромы.

Важной особенностью МКБ-10 является обстоятельная характеристика каждого блока психических расстройств, попытка определить для них общую предпосылку, на основании которой они включены в этот блок. Дается также основная характеристика каждого вида психических расстройств (болезней), отдельных форм их проявлений, вариантов психопатологических комплексов (синдромов), включенных в блок. Выделены диагностические и дифференциально-диагностические критерии психических расстройств. Все это способствует единообразию диагностики психических расстройств, обеспечивает большую сопоставимость клинических данных о больных с результатами научных исследований. Вместе с тем и эта классификация эклектична. Она также основывается на ряде предпосылок: этиологических, клинических, психопатологических, патогенетических и т. д., в отличие от медицинской модели болезни, базирующейся на этиологических и клинико-морфологических признаках.

Перечень диагностических рубрик в ныне действующей МКБ следующий.

1. F00–F09 — органические, включая симптоматические, психические расстройства. Этот блок включает в себя ряд психических расстройств, сгруппированных в связи с наличием явных этиологических факторов: причиной этих расстройств явились болезни головного мозга, травма головного мозга или инсульт, ведущие к церебральной дисфункции. Дисфункция может быть первичной (как при болезнях, травмах головного мозга и инсультах, непосредственно или избирательно поражающих головной мозг) и вторичной (как при системных заболеваниях или нарушениях, когда головной мозг вовлекается в патологический процесс наряду с другими органами и системами).

2. F10–F19 — психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ. Этот блок содержит широкий спектр различных по тяже-

сти и клиническим проявлениям расстройств, развитие которых всегда связано с употреблением одного психоактивного вещества или нескольких, предписанных или не предписанных по медицинским показаниям. Идентификация психоактивного вещества должна основываться на возможно большем числе источников информации. К ним относятся данные, сообщенные самим индивидом, результаты исследования крови и других биологических жидкостей, характерные соматические и психологические признаки, клинические и поведенческие симптомы, а также другие очевидные данные, такие как вещество, находящееся в распоряжении пациента, или информация от третьих лиц.

3. F20– F29 — шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства. Этот блок включает в себя шизофрению как наиболее важную часть группы, шизотипическое расстройство, устойчивые бредовые расстройства и большую группу острых и преходящих психотических расстройств. Шизоаффективные расстройства были оставлены в этом блоке, несмотря на их противоречивый характер.

4. F30– F39 — расстройства настроения (аффективные расстройства). Этот блок включает в себя расстройства, при которых основным нарушением является изменение эмоций и настроения в сторону депрессии (с тревогой или без нее) или в сторону приподнятости. Изменения настроения обычно сопровождаются изменениями общего уровня активности. Большинство других симптомов являются вторичными или легко объясняются на фоне изменений настроения и активности. Такие расстройства чаще всего имеют тенденцию к рецидивированию, причем начало отдельного эпизода нередко может связываться со стрессовыми событиями и ситуациями.

5. F40–F48 — невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства.

6. F50–F59 — поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами.

7. F60– F69 — расстройства личности и поведения в зрелом возрасте. Этот блок включает различные состояния и модели поведения клинической значимости, имеющие тенденцию к устойчивости и возникающие как выражение характерного об-

раза жизни индивида и его взаимоотношений с окружающими. Некоторые из этих состояний и образцов поведения появляются рано в ходе индивидуального развития как результат одновременного воздействия конституциональных факторов и социального опыта, в то время как другие приобретаются на более поздних этапах жизни.

К таким расстройствам личности и поведения, в том числе, относятся:

7.1. Расстройства привычек и влечений (F63). Эти расстройства характеризуются повторными действиями, которые не имеют ясно выраженной рациональной мотивации, не могут контролироваться и обычно наносят вред самому больному и окружающим. Пациент говорит, что его поведение связано с влечением к действию. Причина этих расстройств не установлена, и они сгруппированы на основе ярко выраженной тождественности в их описании, а не из-за наличия у них каких-либо известных других важных общих особенностей. В данную подгруппу расстройств, помимо прочих, входят такие болезненные состояния психики:

7.1.1) патологическое (или навязчивое) влечение к азартным играм (F63.0). Суть расстройства заключается в частых повторных эпизодах азартной игры, которые доминируют в жизни пациента в ущерб социальным, профессиональным, материальным и семейным ценностям и обязательствам;

7.1.2) патологическое влечение к поджогам (пиромания) (F63.1) — расстройство, характеризующееся многочисленными актами поджогов имущества или других объектов или попытками поджогов, которые совершаются без какой-либо явной мотивации, а также увлеченностью всем, что связано с огнем и горением. Такое поведение часто связано с ощущением возрастающего напряжения перед этим действием и сильным возбуждением сразу же после него;

7.1.3) патологическое влечение к воровству (клептомания) (F63.2) — расстройство, характеризующееся повторными безуспешными попытками человека противостоять желанию украсть какой-либо предмет, не являющийся для него необходимым или представляющим денежную ценность. Украденные предметы, напротив, могут быть испорчены, отданы задаром или при-

прятаны. Такое поведение обычно сопровождается возрастающим чувством напряжения до совершения кражи и ощущением удовлетворения в процессе кражи или сразу же после нее;

7.1.4) другие расстройства привычек и влечений (F63.8) — другие формы постоянно повторяющегося неадекватного поведения, которые не являются вторичными по отношению к диагностированному психическому синдрому и при которых очевидно, что пациент производит повторяющиеся безуспешные попытки подавить влечение к такому поведению. Человек испытывает продромальный период напряжения, затем возникает ощущение облегчения в процессе этого действия.

7.2. Расстройства сексуального предпочтения (F65):

7.2.1) эсгибиционизм (F65.2) — повторная или устойчивая тенденция показывать свои половые органы посторонним лицам (обычно противоположного пола) или людям в общественных местах без намерения вступить в близкий контакт. Обычно, но не всегда отмечается сексуальное возбуждение в момент показа половых органов, и этот акт чаще всего сопровождается мастурбацией;

7.2.2) вуайеризм (F65.3) — повторная или устойчивая тенденция подсматривать за людьми в момент совершения ими сексуальных или интимных действий, таких как раздевание. Это производится втайне от человека, за которым наблюдают, и обычно ведет к сексуальному возбуждению и мастурбации;

7.2.3) педофилия (F65.4) — сексуальная тяга к детям (мальчикам, девочкам или к тем и другим), обычно препубертатного или раннего пубертатного возраста;

7.2.4) садомазохизм (F65.5) — сексуальная тяга к действиям, которые связаны с причинением боли или вызыванием унижения и зависимости. Если индивид предпочитает быть объектом такой стимуляции, речь идет о мазохизме, если исполнителем ее, то о садизме. Часто индивид достигает сексуального возбуждения и от садистских, и от мазохистских действий;

7.2.5) другие расстройства сексуального предпочтения (F65.8). Разнообразие других форм извращенных сексуальных влечений и действий, включая осуществление «грязных» телефонных звонков; стремление притиснуться к человеку в переполненных толпой общественных местах, с тем чтобы вызвать половое воз-

буждение; сексуальные действия с животными; использование удушения или аноксии для увеличения сексуального возбуждения.

8. F70–F79 — умственная отсталость. Состояние задержанного или неполного умственного развития, которое характеризуется прежде всего снижением навыков, возникающих в процессе развития, и навыков, которые определяют общий уровень интеллекта (т. е. познавательных способностей, речи, моторики, социальной дееспособности). Умственная отсталость может возникнуть на фоне другого психического или физического нарушения либо без него. Степень умственной отсталости обычно оценивается стандартизованными тестами, определяющими состояние пациента. Они могут быть дополнены шкалами, оценивающими социальную адаптацию в данной окружающей обстановке. Эти методики обеспечивают ориентировочное определение степени умственной отсталости. Диагноз будет также зависеть от общей оценки интеллектуального функционирования по выявленному уровню навыков. Интеллектуальные способности и социальная адаптация со временем могут измениться, однако довольно слабо. Это улучшение может явиться результатом тренировки и реабилитации. Диагноз должен базироваться на достигнутом на настоящий момент уровне умственной деятельности.

9. F80–F89 — расстройства психологического развития. Расстройства, включенные в этот блок, имеют общие черты: а) начало обязательно в младенческом или детском возрасте; б) нарушение или задержка развития функций, тесно связанных с биологическим созреванием центральной нервной системы; в) устойчивое течение без ремиссий и рецидивов. В большинстве случаев страдают речь, зрительно-пространственные навыки и двигательная координация. Обычно задержка или нарушение, проявившиеся настолько рано, насколько возможно было их достоверно обнаружить, будут прогрессивно уменьшаться по мере взросления ребенка, хотя более легкая недостаточность часто сохраняется и в зрелом возрасте.

10. F90–F98 — эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте.

11. F99 — неуточненные психические расстройства.

1.3. Варианты и закономерности течения психических расстройств

Состояние психически больных во время болезни меняется, причем степень изменений и их темп при разных заболеваниях у разных больных могут существенно различаться. Изменение клинической картины болезни и состояния больного имеет большое судебно-психиатрическое значение: эксперты должны оценить характер болезненных проявлений психики во время совершения правонарушения, в период расследования или экспертизы. Эксперты должны учитывать также дальнейшее течение болезни, ее прогноз, что важно при решении вопроса о назначении и об отмене мер медицинского характера, при освидетельствовании осужденных.

Ряд психических заболеваний развивается быстро и заканчивается полным выздоровлением. Это так называемые **острые** (временные) психические расстройства, такие как, например, некоторые алкогольные психозы (белая горячка), острые психозы при общих инфекционных заболеваниях, острые реактивные состояния. Другие заболевания характеризуются длительным (стойким) течением, причем многие из них отличаются постепенным появлением и нарастанием психических нарушений. По терминологии ст. 21 УК это так называемые **хронические** психические расстройства.

В течении *хронических* психических заболеваний различают несколько *стадий*:

1) стадия *предвестников* характеризуется симптомами, общими для самых разнообразных болезней в этом периоде: головными болями, раздражительностью, тревожностью, снижением умственной работоспособности, ощущением недомогания, нарушением сна и т. п. В дальнейшем появляются симптомы, которые характерны для данного заболевания;

2) *начальная, или дебют* болезни, может развиваться постепенно или быстро, остро и характеризуется такими симптомами, как бредовые идеи, галлюцинации, речедвигательное возбуждение и т. п. В дальнейшем наблюдается развернутая картина болезни, которая также характеризуется определенными закономерностями

течения. Темп нарастания болезненных симптомов может быть быстрым, тогда говорят о злокачественном течении болезни, или медленным, длительным, с постепенным расширением болезненных проявлений при прогрессирующих заболеваниях, приводящих к психическому дефекту (шизофрения, эпилепсия и др.);

3) периоды *улучшения (ремиссии)* различны по продолжительности — от нескольких недель до нескольких лет. Различаются они и по своему качеству. Современные методы терапии уменьшают число тяжелых исходов болезни. При некоторых периодически повторяющихся психозах не отмечается каких-либо признаков психического дефекта.

Заболевание может протекать **непрерывно** с постепенным нарастанием психических нарушений и приводить к необратимому дефекту психики, к приобретенному в результате болезни слабоумию. В другом случае течение заболевания может быть **волнообразным (прерывистым)**, с периодами улучшения (ремиссиями) и повторными приступами (обострениями) болезни, после которых психические нарушения становятся все более тяжелыми. Однако это не значит, что во всех случаях обязательно развивается слабоумие, тяжелая психическая инвалидность. Прогрессирующие психические болезни могут и не приводить к слабоумию, а вызывать лишь своеобразные и притом не резко выраженные изменения личности и характера человека, когда сохраняется упорядоченное поведение больного и его трудоспособность. При этих заболеваниях могут наступать длительные периоды улучшения и выздоровление, особенно на фоне лечения.

От психозов с прогрессирующим течением (шизофрения, прогрессивный паралич и др.) следует отличать болезненные нарушения психики, при которых нет прогрессирования самого болезненного процесса и нарастания болезненных расстройств (олигофрения, психопатии, последствия травм черепа, энцефалитов).

Тема 2. Психиатрическое обследование (исследование) лица

Для определения тяжести (глубины) психических расстройств необходимо диагностировать болезнь. Только установив наличие болезни, ее свойства, можно ответить на вопросы, поставленные перед экспертами. Для этого проводится клиническое исследование больного, которое определяет характер и, если это возможно, причины психических нарушений, особенности их возникновения и течения. Психические болезни проявляются прежде всего в нарушении процессов восприятия, памяти, мышления, интеллекта, эмоций, воли, влечений, поэтому при описании и классификации признаков (симптомов) психических болезней исходят из особенностей названных изменений.

При обследовании больных в судебно-психиатрической практике используются только те методы, которые приняты вообще в психиатрических учреждениях органов здравоохранения. Таким строго регламентированным выбором способов обследования в экспертной практике гарантируются права личности обвиняемого.

Чтобы правильно оценивать экспертные заключения, юристы должны иметь представления о методах обследования психически больных.

Психиатрическое обследование подэкспертного начинается со сбора анамнеза: сведений о физическом и психическом развитии и состоянии психического здоровья лица в прошлом. Затем определяется статус больного: его состояние в период обследования.

В анамнез больного входят сведения о наследственности, т. е. о заболеваниях, главным образом психических, и чертах характера его родителей и близких родственников; о развитии личности самого подэкспертного в разные возрастные периоды, о чертах его характера и их изменениях, если таковые были. Обязательно выясняются особенности обучения испытуемого, усвоения им школьной программы, овладения профессиональными знаниями, навыками. Представляются важными сведения об интересах, привычках, увлечениях испытуемого, его семейной жизни. Особое место в анамнезе занимают обязательно учитываемые данные о перенесенных в прошлом болезнях, черепно-

мозговых травмах, об употреблении алкоголя и наркотиков. Имеют значение сведения о прошлых судимостях и антисоциальном поведении подэкспертного.

Подробно должны быть собраны сведения о психических отклонениях, странностях в поведении, о лечении у психиатров, пребывании под наблюдением психоневрологических или наркологических диспансеров. При этом важно знать, с какого возраста появились психические расстройства и в чем конкретно они выражались на протяжении всего времени вплоть до экспертизы. Сведения, полученные от самого больного (подэкспертного), называются субъективным анамнезом, а данные, полученные от других лиц и из материалов уголовного (гражданского) дела, — объективным анамнезом. В судебно-психиатрической практике понятие «объективный анамнез» весьма относительно, т. к. родственники испытуемого или другие заинтересованные в исходе дела лица могут сообщать недостаточно правдивые сведения, как преувеличивая имеющиеся у него болезненные признаки, так и скрывая их от врачей-психиатров. Поэтому необходимо собирать сведения от нескольких лиц, сопоставлять их друг с другом и дополнить развернутыми характеристиками от учебных, производственных и общественных организаций. Следователь осуществляет сбор указанных сведений, которые содержатся в материалах дела. Беседа врача-эксперта с родственниками подэкспертного проводится только с разрешения следователя в исключительных случаях. Медицинская документация должна быть собрана по возможности полностью (подлинники историй болезни или их копии или же более подробные выписки из историй болезни). Особое значение как объективный анамнез имеют также материалы судебного дела и прежде всего показания свидетелей, которые характеризуют поведение подэкспертного в быту и на работе в прошлом, до совершения правонарушения. Большое значение имеют свидетельские показания о психическом состоянии и поведении обвиняемого в период совершения правонарушения. Тщательно проведенный допрос об этом свидетелей является важной задачей следователя в случаях назначения судебно-психиатрической экспертизы, так же как и получение необходимых экспертам материалов и медицинской документации из соответствующих учреждений.

Психическое состояние больного исследуется в основном путем *бесед* с ним и *наблюдения* за его поведением.

При стационарной судебно-психиатрической экспертизе *наблюдение* за поведением больных осуществляется как врачами при обходах и беседах с больными, так и средним и младшим медицинским персоналом во время пребывания больных в палате, на прогулке, в мастерских трудотерапии. Наблюдение ведется круглосуточно и существенно дополняет врачебное исследование. При этом особое внимание обращается на изменения в психическом состоянии больного, имевшие место припадки, агрессивные проявления, характер взаимоотношений больного с окружающими и т. п.

Важным вспомогательным методом в диагностике психических расстройств и уточнении их характера и глубины является *экспериментально-психологическое исследование*. Его проводят специалисты-психологи с помощью специальных психологических тестов и методик, которые позволяют выявить состояние отдельных сторон психической деятельности и их нарушений и охарактеризовать особенности личности подэкспертного. В психологическом эксперименте определяются и анализируются восприятие, память, некоторые расстройства мышления пациента, которые не всегда отчетливо устанавливаются при беседе с ним. Сопоставление психиатрических клинических данных с результатом экспериментально-психологического исследования дает возможность более четко представить личность испытуемого в целом, судить о преимущественном поражении одних сторон психической деятельности и об относительной сохранности других. Однако экспериментально-психологические методы исследования не заменяют психиатрического изучения больного и не приводят непосредственно к диагностике заболевания.

При исследовании психически больных для решения лечебных или экспертных задач нельзя ограничиваться лишь анализом психопатологических проявлений. Психические болезни часто сопровождаются также нарушениями деятельности внутренних органов и процессов обмена веществ, которые проявляются физическими или соматическими симптомами (от греч. *soma* — «тело»). Вследствие органических поражений головного мозга, кро-

ме психопатологических симптомов, возникают также расстройства, связанные с местными поражениями центральной или периферической нервной системы. Эти проявления называются неврологическими симптомами. В ряде случаев установление неврологических симптомов позволяет судить о характере и локализации нарушений в мозге, о поражении функций различных его отделов и систем, что помогает уточнению диагноза, характера, тяжести и прогноза заболевания. Оценка соматического и неврологического состояния проводится не только при исследовании больного врачом, но и с помощью различных дополнительных *лабораторных методов* (клинические и биохимические анализы крови, мочи, спинномозговой жидкости, рентгенография черепа, электроэнцефалография и т. д.). Необходимо помнить, что их результаты имеют вспомогательное значение при психиатрическом обследовании, они должны учитываться лишь в сопоставлении с материалами клинического исследования.

Соматические симптомы при психических заболеваниях могут быть разнообразными. Наблюдаются нарушения кровообращения, пищеварения, обмена веществ, внутренней секреции, расстройства функций отдельных органов и т. п. Некоторые из них связаны с самой психической болезнью, другие рассматриваются как одна из ее причин или осложнений. Например, при депрессиях нередко отмечаются расстройства желудочно-кишечного тракта (чаще запоры). У женщин нарушается менструальный цикл вплоть до исчезновения месячных. Иногда при психических заболеваниях больные заметно худеют или полнеют, что говорит о нарушении обмена веществ. Резкое исхудание обычно бывает при острых психозах и в стадии глубокого физического и психического истощения (маразма). Увеличение веса зачастую наблюдается при выздоровлении после острого приступа психического заболевания. Значительное увеличение веса без улучшения психического состояния, как правило, свидетельствует о неблагоприятном прогнозе болезни.

При психических заболеваниях часто выявляются *неврологические симптомы* в виде изменения некоторых рефлексов, расстройств чувствительности и двигательных функций. Исследование рефлексов и выявление их неравномерности (с правой и с ле-

вой половины тела), чрезмерного усиления или ослабления позволяют судить о характере и месте поражения нервной системы. Расстройства чувствительности могут проявляться в ее повышении (гиперстезия), когда обычные раздражения воспринимаются необычайно остро и болезненно, или, наоборот, в ее понижении (гипостезия), доходящем до полной потери ощущений. Расстройства двигательных функций проявляются в полной утрате движений конечностей (паралич) или частичном ограничении возможности движений (парез), могут наблюдаться также непроизвольные движения (гиперкинезы и судороги). Судороги бывают тонические, выражающиеся в длительном сокращении и напряжении мышц, и клонические, в виде быстрой попеременной смены напряжения и ослабления мышц. Приступы судорог, возникающие периодически и охватывающие большую часть мускулатуры тела, называются судорожным припадком.

Наблюдаются также *нарушения вегетативной нервной системы*, роль которой состоит в регулировании функций внутренних органов и обмена веществ. Они выражаются в различных симптомах (повышенной потливости, синюшности конечностей, извращенных реакциях кровеносных сосудов на внешние раздражители и т. п.). Эти нарушения вегетативной нервной системы часто сочетаются с расстройствами эмоциональной сферы.

Лабораторные методы имеют целью исследование нарушений нервных процессов, протекающих в головном мозге, и выявление соматических проявлений психических заболеваний. Поэтому они помогают диагностике и выяснению тяжести болезненных нарушений и в ряде случаев дают возможность установить механизмы их возникновения и развития.

Тема 3. Понятия симптома и синдрома психических расстройств

Симптом психической патологии — это единичный элементарный (неделимый) признак (проявление) патологического (болезненного) состояния психики.

В «телесной» (соматической) медицине такими признаками являются, например, повышение температуры, боль, тошнота,

рвота. При разных заболеваниях встречаются одни и те же симптомы, которые, сочетаясь, образуют однородные группы — симптомокомплексы, или синдромы.

Синдром — это устойчивая (повторяющаяся, типичная) совокупность (закономерное сочетание) симптомов. С выявления симптомов и синдромов начинается обследование психически больных.

Совокупность симптомов и синдромов, наблюдаемых в динамике, складывается в клиническую картину заболевания, которая с учетом этиологии (причин), течения, исхода и патологической анатомии образует отдельные, т. н. нозологические единицы болезней. Нарушения психики больного человека могут затрагивать процессы восприятия, мышления, воли, памяти, сознания, влечений, эмоций. Эти нарушения встречаются у больных в различных сочетаниях и только комплексно. Взятые сами по себе, изолированно, ни симптомы, ни синдромы не могут служить основанием для постановки психиатрического диагноза.

Чаще всего используется систематизация симптомов и синдромов психических расстройств в зависимости от сферы психической деятельности, к которой их можно условно отнести (сознание, восприятие, мышление, воля, память и т. д.).

Тема 4. Расстройства сознания

Сознание можно понимать как предпосылку (обязательное условие) психической деятельности (т. е. упорядоченного течения психических процессов), которая обеспечивает правильное познание и взаимодействие с окружающей действительностью.

При расстройствах сознания картина окружающего мира для больного теряет свою цельность, единство, воспринимается им не связанными друг с другом фрагментами. Поэтому у больного в той или иной степени нарушена ориентировка в месте, времени, окружающем и в самом себе или имеется полная дезориентировка. Мышление у таких больных ослаблено или грубо нарушено. Оно лишено связности, последовательности. Способность к суждению может пострадать вплоть до полного ее отсутствия. В некоторых случаях у больных имеются только обрывки или хаос мыслей. Направленность мыслей иногда может сохра-

няться в пределах узкой жизненной ситуации, большей же частью она непостоянна, изменчива, случайна или ее совсем нет. Все, что происходит вокруг больного и с ним самим, его впечатления и переживания не фиксируются. Воспоминания же о болезненном состоянии после выхода из него неполны, смутны, расплывчаты или же полностью отсутствуют.

Уменьшение или выключение сознания в различной степени наблюдается при оглушенности, сопоре, коме. Такие нарушения сознания большей частью отмечаются при органических заболеваниях головного мозга (черепно-мозговых травмах, опухолях и т. д.).

Оглушенное сознание — легкая степень помрачения сознания с обеднением психической деятельности. При его легких степенях преобладают вялость и пассивность, движения замедлены, речь обеднена. Больным трудно сосредоточиться, дать нужный ответ, о чем-либо спросить. Они плохо осмысливают происходящее. Настроение безразличное или с оттенком беспечности. При выраженном оглушении с трудом понимаются даже простейшие вопросы; ответы неточны, односложны или совсем отсутствуют. Больные находятся в дремотном (сомнолентном) состоянии. Окружающие не привлекают их внимания. Ориентировка в окружающей обстановке отсутствует. Продолжительность оглушенности сознания может быть различной. Известны случаи, когда оглушенность держалась в течение месяцев.

Сопорозное состояние (сопор) — средняя степень помрачения сознания. Разумный контакт с человеком отсутствует. Больные находятся как бы в глубоком, непробудном сне. Внешние раздражители, обращение к ним, попытки вывести их из такого состояния обычными приемами пробуждения не имеют какого-либо эффекта. Только в ответ на сильные болевые раздражители больные делают короткие занятные движения, появляется стон или гримаса боли, но тут же они впадают в свое прежнее сонливое состояние. Вступить в контакт с ними не удается.

Коматозное состояние (кома) — самое тяжелое помрачение (по сути полное отсутствие) сознания. Никакого контакта с таким человеком нет. Он не реагирует ни на какие раздражители.

Помрачение сознания как симптом (элементарный признак) психической патологии обычно сочетается с другими расстрой-

ствами и входит в состав ряда синдромов, наиболее распространенными из которых являются синдромы делириозного, онейроидного, аментивного и сумеречного сознания.

Делирий, или делириозное сознание, — галлюцинаторное помрачение сознания с преобладанием истинных зрительных галлюцинаций и иллюзорного образного бреда, двигательного возбуждения. Больные много двигаются, живо реагируя на появление обманов восприятия. Иногда у них возникает резкое двигательное возбуждение в виде защиты или бегства. На фоне нарушения сознания возникают яркие расстройства восприятия в виде наплыва галлюцинаций, преимущественно зрительных, ярких, подвижных, калейдоскопических, нередко сценических или устрашающих. Характерно наличие бредовых высказываний, отражающих содержание зрительных галлюцинаций (галлюцинаторный бред). Высказывания отрывочны, непоследовательны, иногда состоят лишь из отдельных слов или выкриков. Появляются также эмоциональные нарушения в виде тревоги и страха. При делирии отмечается преимущественное нарушение предметной ориентировки при относительном сохранении личностной (пребывая в больнице, считают, что находятся на работе среди сослуживцев, и т. д.). Делириант оказывается в центре тех драматических событий, которые разыгрываются в его сознании. С таким больным возможен временный, частичный контакт. Длительность делириозного состояния — несколько дней. Периодически возникают так называемые светлые промежутки, во время которых расстройства или исчезают, или значительно ослабевают в своей интенсивности. При углублении помрачения сознания галлюцинации, иллюзии, бред и другие расстройства ослабевают, а начинает преобладать двигательное возбуждение со стереотипными действиями в форме обыденных привычных поступков, иногда имеющих отношение к профессии, — профессиональный делирий (бред занятий). Интенсивность делириозных расстройств усиливается к вечеру и ночью. После выхода из делирия наблюдается частичная амнезия, но только не к тем галлюцинациям, которые он переживал. Примером этого расстройства сознания является белая горячка (алкогольный делирий).

Онейроид, онейроидное сознание, — сновидное, грезоподобное, фантастически-бредовое помрачение сознания. Занимает про-

межуточное положение между делирием и сновидением. В отличие от делирия, при онейроидном расстройстве сознания переживания больных, к которым больной относится как зритель («позиция зрителя»), носят фантастический, сказочный характер. Необычайные драматические события объединены внутренне связанным сюжетом. Сцены, богатые обилием деталей, быстро сменяются, элементы реальной действительности вплетаются в патологические переживания (например, палата с койками превращается в тюремную камеру с местами для пыток). Во время онейроидного расстройства сознания поведение больного большей частью сходно с поведением спящего, которому снятся сны. Больной при этом нередко лежит неподвижно, с зачарованным выражением лица. Иногда наблюдается двигательное возбуждение. Воспоминания о переживаниях во время онейроидного состояния сознания, как правило, очень хорошо сохраняются, и по выходе из них больные ярко рассказывают об этих переживаниях. К другим признакам онейроида относится внезапный (критический) выход из состояния и плохая ориентировка в окружающей обстановке. Наблюдается такое состояние, например, при наркоманиях, шизофрении.

Аментивное (спутанное) сознание — помрачение сознания с преобладанием бессвязного (инкогерентного) речедвигательного возбуждения и растерянности. При аменции утрачивается как предметная, так и личностная ориентировка. Контакт с больным невозможен. Отмечается наличие отрывочных, случайных галлюцинаций, преимущественно слуховых, бессвязность, спутанность мышления, речевых высказываний. В поведении больного отмечается хаотическое, бурное возбуждение. Длительность — до нескольких месяцев. При выходе из такого состояния наблюдается полная амнезия на период расстроенного сознания.

Сумеречное состояние сознания. Этот синдром характеризуется более или менее выраженным сужением «поля сознания». Больных, погруженных в сумеречное состояние, образно сравнивают с людьми, идущими по узкому коридору. Они как бы видят только то, что непосредственно находится перед глазами, совершенно не замечая и не принимая во внимание всей окружающей обстановки. Сумеречное состояние сознания развивается внезапно, обычно непродолжительно (минуты, часы, иногда дни), столь

же внезапно исчезает, сменяясь чаще всего глубоким сном. Иногда отмечается только глубокая дезориентировка всех видов (в месте, времени, собственной личности) с сохранностью привычных автоматизированных движений, в связи с чем больные могут даже не привлечь в себе внимание окружающих (это простая форма сумеречного помрачения сознания). В других случаях отмечается речедвигательное возбуждение, страх, злоба, устрашающего содержания зрительные галлюцинации, бредовые высказывания. Находящийся в таком состоянии больной может совершить необычно жестокие акты агрессии. Позже либо следует полная амнезия, либо сохраняется смутное воспоминание отдельных бывших расстройств, которые затем забываются. Встречаются сумеречные состояния сознания, при которых сохраняется элементарная ориентировка в месте, окружающих людях. С такими больными можно вступить в разговор, получить некоторые ответы. Это ориентированные сумеречные состояния сознания. После их исчезновения может наблюдаться полная амнезия. Разновидностью такого нарушения сознания является сомнамбулизм (снохождение), известный под названием «лунатизм». Спящий человек бесцельно бродит по комнате, шарит руками по стене, перебирает вещи, лежащие на столе, а в некоторых случаях отправляется на улицу и совершает автоматического характера действия.

Галлюцинаторно-бредовые формы сумеречного помрачения сознания, делирий, аментивная спутанность сознания и онейроид имеют наибольшее судебно-психиатрическое значение. Особенности бреда, галлюцинаций и аффекта, возникающих при этих формах расстройства сознания, часто являются причиной очень опасного для окружающих поведения больных.

Тема 5. Расстройства восприятия

Восприятие — отражение предметов и явлений окружающей действительности, непосредственно воздействующих на органы чувств.

В группу расстройств восприятия входят симптомы, характеризующие различные нарушения чувственного познания. Многие из них свидетельствуют о нарушении абстрактного познания

(мышления, суждения, критики) и нередко сопровождаются изменением поведения больных. Расстройство восприятия может касаться сферы функционирования любого анализатора: зрительного, слухового, обонятельного, вкусового, осязательного.

Иллюзии — ошибочное восприятие, преимущественно зрением или слухом, реально существующих предметов или явлений. Чаще всего они возникают на фоне измененного эмоционального состояния или сознания. Иллюзии не всегда бывают результатом болезненного восприятия. Существуют физиологические иллюзии, свойственные психически здоровым людям и обусловленные законами природы.

Зрительные иллюзии могут быть простыми по содержанию (висящая одежда воспринимается как человеческая фигура, наклонившаяся ветка — как протянутая рука). Они возникают обычно в полумраке и при плохом освещении на фоне тревожного настроения. Зрительные иллюзии образного, фантастического содержания называются *парейдолиями*. Стоящий на окне цветок воспринимается как экзотическое растение увеличенных размеров; окружающие предметы — как фантастические существа; отдельные узоры обоев превращаются в сцены необычных событий. Парейдолии чаще возникают на фоне резкой тревоги, страха, при начальных состояниях помрачения сознания. Иллюзии могут выражаться в искаженном восприятии величины, формы и пространственного расположения реально существующих предметов (метаморфозии). При этом окружающие предметы воспринимаются пропорционально, но неестественно уменьшенными — микропсия — или, напротив, пропорционально, но неестественно, вплоть до гигантских размеров, увеличенными — макропсия. Окружающие предметы могут также восприниматься перекошенными, перекрученными, укороченными, удлиненными, расширенными или суженными. Искажение восприятия пространства, сопровождаемое неестественным отдалением или приближением предметов, называется порропсией.

Слуховые иллюзии. В одних случаях они элементарны — шум дождя воспринимается как шепот, отдельные звуки — как выстрелы. В других — при вербальных (словесных) иллюзиях — в посторонних разговорах или звуках субъект слышит отдельные

слова в свой адрес. Вербальные иллюзии обычно имеют осуждающее или угрожающее содержание. Для них характерны аффект напряженной тревоги и подозрительность.

Галлюцинации — одна из форм нарушения чувственного познания, при которой восприятие возникает без реального раздражителя, реального объекта. По существу галлюцинации — произвольное представление, которое получает свойства объективной действительности. Галлюцинации практически не встречаются у здоровых и обычно свидетельствуют о наличии психического расстройства.

Зрительные галлюцинации (видения) могут быть элементарными, обладать неотчетливой формой или даже быть лишенными ее (искры, пламя, пятна, вспышки, дым) и сложными, четкими во всех, даже незначительных деталях — конкретные люди, животные, насекомые, предметы обстановки, сцены различного содержания (похороны, стихийные бедствия, собрания). Содержание зрительных галлюцинаций может быть однообразным или меняющимся. Когда сменяющие друг друга зрительные галлюцинации имеют сложное содержание, их называют сценopodobными или кинематографическими. Зрительные галлюцинации почти всегда возникают на фоне той или иной степени помрачения сознания. Им сопутствует аффект тревоги, страха, ярости. Значительно реже они вызывают восхищение или любопытство. Нередко интенсивность зрительных галлюцинаций резко усиливается к вечеру и ночи. Порой они возникают только в это время суток. Зрительные галлюцинации не столь длительны, как слуховые, которые могут продолжаться годами.

Слуховые галлюцинации могут возникать в форме элементарных, неречевых обманов (таковы шум, отдельные звуки, выстрелы). Когда слышат отдельные слова и фразы, говорят о вербальных (словесных) галлюцинациях. Больные часто называют их голосами. Последние могут принадлежать знакомым и незнакомым лицам — мужчинам, женщинам, детям; быть тихими, громкими, оглушающими; находящимися на одном месте, приближающимися или удаляющимися. Голоса могут переговариваться друг с другом и обращаться непосредственно к больному. Содержание словесных галлюцинаций различно: брань, оскорбления, угрозы,

насмешки; защита, успокоение и утешение; предупреждения, приказания (императивные галлюцинации); регистрация поступков больных (комментирующие галлюцинации). Слуховые галлюцинации обычно возникают на фоне непомраченного сознания. Они сопровождаются удивлением, изумлением, страхом, а также самыми различными поступками: поиском того, кому принадлежит голос, бегством, обороной, нападением. Особо следует отметить так называемые императивные (повелительные) галлюцинации, под влиянием которых больной может совершить внезапные и непонятные для окружающих поступки. Он подчиняется решительному приказанию автоматически и зачастую совершает крайне опасные действия.

Обонятельные и вкусовые галлюцинации встречаются реже. При этом больные могут ощущать воздействие отравляющих газов, отвратительные, будто специально пущенные в комнату запахи. Особый привкус пищи убеждает больного в том, что к ней подмешан яд. В связи с этим наблюдается отказ от пищи, недоверие к окружающим.

Тактильные (осязательные) галлюцинации — неприятные ощущения, возникающие в коже или под кожей (щекотание, ползание, давление), соотносимые с определенными неодушевленными предметами (кристаллы, кусочки инородных тел) или живыми существами (насекомые, мелкие животные и т. п.), внешние признаки которых точно описываются больными (твердые, маленькие, с длинными ножками и т. д.). Если подобные мнимые ощущения возникают во внутренних органах, то говорят о висцеральных галлюцинациях.

Иногда у больного наблюдается только один вид галлюцинаций. Нередко же происходит одновременное появление различных их видов, например зрительных, слуховых и тактильных. Это сложные (комплексные) галлюцинации.

Функциональные галлюцинации. По механизму возникновения они занимают промежуточное положение между собственно галлюцинациями и иллюзиями. Появляются только при наличии реального внешнего раздражителя и продолжаются, не сливаясь с ним, т. е. раздельно, до тех пор, пока действует этот раздражитель. Больной реально слышит стук колес поезда и одновремен-

но возникают слова «свинья, свинья, свинья»; при остановке поезда эти слова исчезают.

Псевдогаллюцинации — произвольные, обычно с ощущением сделанности или насильственности восприятия. Они чаще локализуются больными не в объективном, в не доступном для органов чувств, а в субъективном пространстве (видится или слышится «мысленно», «умом», «внутренним оком» и т. п.). В отличие от истинных галлюцинаций псевдогаллюцинации не отождествляются с реальными предметами, т. е. лишены характера объективной реальности. Вместе с тем критическое отношение к псевдогаллюцинациям, так же как и сомнения в их действительном существовании, отсутствует. Псевдогаллюцинации могут быть слуховыми, зрительными, обонятельными, вкусовыми, осязательными со всеми присущими им особенностями.

Тема 6. Расстройства памяти

Память — способность к отражению прошлого опыта, заключающаяся в запоминании, сохранении и последующем воспроизведении событий.

Все расстройства памяти можно условно разделить на две группы: *дисмнезии*, которые заключаются в нарушении общих мнестических способности (гипер-, гипо- и амнезия) и *парамнезии*, которые заключаются в изменении содержания хранимой информации (конфабуляции, криптомнезии).

Амнезия — отсутствие памяти (беспамятство), относящееся к определенным периодам времени. *Ретроградная амнезия* — выпадение из памяти прошлых воспоминаний и событий, непосредственно предшествовавших развитию нарушений психической деятельности в форме помрачения сознания или бессознательного состояния. *Конградная амнезия* охватывает лишь период нарушенной психической деятельности (чаще — помрачения сознания). *Амнезия ретардированная* (отставленная, запаздывающая) — запоминание событий, происходивших во время психического расстройства, в том числе и самих бывших психических расстройств. Происходит не сразу после окончания болезненного состояния, а спустя тот или иной отрезок времени. По-

этому больной сначала может многое рассказать, а позднее уже не в состоянии этого сделать. *Антероградная амнезия* — утрата воспоминаний на события, относящиеся к периоду, непосредственно следующему за окончанием бессознательного состояния, помрачения сознания и некоторых других психических расстройств. *Антероретроградная амнезия* — сочетание обоих типов амнезии — выпадение из памяти ряда событий, как предшествовавших болезненному состоянию, так и следовавших за ним. *Амнезия фиксационная* — потеря способности запоминать текущие события. *Амнезия прогрессирующая* — постепенно нарастающее опустошение запасов памяти. Распад памяти происходит в соответствии с законом Рибо. Этот процесс идет в порядке, обратном формированию памяти: вначале исчезает память о наиболее поздно запечатленных событиях и фактах, более ранние исчезают в последнюю очередь. В первую очередь страдает «память времени» при сохранении «памяти содержания», когда больные помнят отдельные события и факты, однако испытывают затруднения при их локализации во времени и последовательности. В последующем, при почти полном выпадении и «памяти фактов», может длительно сохраняться «память аффективного тона отношений», которая закладывается в раннем детстве. В последнюю очередь исчезает память простейших навыков.

Конфабуляция — это ложное воспоминание о событиях, которых вообще никогда не было. Бывают фантастические конфабуляции, когда их содержанием может стать патологическое воображение в форме воспоминаний. Фантастические конфабуляции наблюдаются как при амнезии, особенно прогрессирующей, так и при некоторых формах бреда. Интенсивное возникновение обильных конфабуляций, сопровождающихся ложным узнаванием окружающей обстановки и лиц, бессвязностью мышления, носит название конфабуляторной спутанности.

Криптомнезия — потеря различия между реально происходившими с больным событиями и событиями, о которых он слышал или читал.

Тема 7. Расстройства мышления

Мышление — психический процесс опосредованного и обобщенного отражения существенных свойств предметов и явлений объективного мира и их внутренних взаимосвязей.

Расстройства мышления (ассоциативного процесса) могут заключаться в нарушении течения мыслей, без изменения их содержания. *Ускоренность мышления* — легкость появления и увеличение количества ассоциаций, возникающих безостановочно, сочетается с поверхностными умозаключениями, основанными на случайных связях. Характерна постоянная отвлекаемость от основной темы и непоследовательность высказываний. Иногда ускорение мышления становится очень интенсивным — происходит непрерывная смена одной незаконченной мысли другой (скачки идей). *Замедленность мышления* — число ассоциаций уменьшается, и они возникают с трудом. Сознание обеднено представлениями, их содержание однообразно. Часто переносится очень тяжело. Больные говорят в таких случаях, что поглупели или отупели. *Бессвязность мышления* — утрата способности к образованию ассоциативных связей, элементарному обобщению, анализу, синтезу. Речь таких больных представляет собой набор слов, не связанных смыслом или грамматически. *Обстоятельность (грузность) мышления* — трудность возникновения новых ассоциаций и образов из-за преобладания предыдущих. Продуктивность мышления снижается. Характерно застревание на несущественных деталях, неумение выделить главное. *Резонерство* — подмена четких и ясных ответов пространными и бесплодными рассуждениями на тему заданного вопроса или на темы, не имеющие к вопросу никакого отношения. Обычно сочетается с многословностью. *Персеверация мышления* — доминирование в сознании ограниченного числа мыслей и представлений, в связи с чем на разные по содержанию вопросы может быть дан в течение определенного времени только один ответ.

Наибольшее судебно-психиатрическое значение имеют расстройства мышления, связанные с качеством, содержанием ассоциативного процесса.

Бредовое мышление (бред) — некорректируемое установление связей и отношений между явлениями, событиями, людьми

и т. д. без реальных оснований. Определяющими свойствами бреда являются непоколебимое убеждение, ошибочное обоснование, нарушение логики суждения, т. е. появление «кривой» логики, когда выводы не вытекают из предпосылок («безумие со смыслом»). В основе бредовой идеи всегда лежит интуитивная догадка, понимание, являющиеся продуктом собственного мышления больного и возникающие вопреки прежнему опыту. Содержание бреда всегда имеет экзистенциальную значимость, поскольку возникающая идея изменяет смысл индивидуальной ситуации. Бред изменяет личность, начинающую осознавать себя и/или окружающее несвойственным ей ранее образом. Выделяют **первичный (интерпретационный) бред**, который часто является единственным признаком расстройства психической деятельности у больного. В данном случае нарушается в основном рациональное, логическое познание — отражение внутренних связей явлений действительности. При этом патологическому толкованию подвергаются все события окружающего, в связи с чем первичный бред часто называют бредом толкования, интеллектуальным бредом. **Бред образный (чувственный)** — в отличие от первичного выражается в нарушении не только рационального, но и чувственного познания. Он преимущественно носит наглядный характер с преобладанием воображения, фантазий, грез. Бредовые идеи фрагментарны, в них много неясного, непоследовательного. Они возникают без системы, в отличие от первичного бреда они не доказываются, принимаются как данность. Отсутствует активная работа над содержанием бреда, преобладает интеллектуальная пассивность. Чувственный бред нередко сопровождается растерянностью, напряженной тревогой; в поступках больных при этом нередко преобладают внезапность и произвольность. Он занимает как бы переходное место между первичным бредом и состоянием помрачения сознания.

Первичный бред может иметь самое различное содержание. Так, например, при *бреду ревности (супружеской неверности)* возникает непоколебимая убежденность, что лицо, с которым больной находится в супружеских или интимных отношениях, изменяет ему с одним или несколькими лицами. Он «замечает», что близкий человек становится невнимательным, проявляет хо-

лодность в интимных отношениях и просто уклоняется от них. Одновременно ему начинает казаться, что тот более внимательно следит за своей внешностью, приходит домой позднее обычного, выглядит необычно оживленным и смущенным. Он разными путями начинает следить за действиями близкого ему человека. Постоянны упорные требования больного признать факт измены, угрозы. Бред ревности порой выливается в жестокие насильственные действия и убийство. *Ипохондрический бред (бред болезни)* — непоколебимое убеждение лица в имеющемся у него тяжелом или неизлечимом заболевании. Поведение больных различно. Одни упорно разрабатывают методы самолечения. Другие постоянно обращаются к врачам самых различных профессий, требуя обследования и лечения. Такие больные начинают подозревать врачей в плохом к себе отношении, даже в том, что не кто иной, как врач, является виновником его страдания. Насильственные действия против медицинских работников в таких случаях нередки. Разновидность ипохондрического бреда — бред физического недостатка или уродства — дисморфофобия. Обычно он касается видимых частей тела — лица, рук, ног, фигуры. Для исправления мнимого физического дефекта больные прибегают к опасным методам самолечения или упорно требуют операций, в том числе и повторных. *Бред преследования* — непоколебимое убеждение больного в том, что ему хотят нанести физический или моральный вред или просто хотят добиться его гибели. *Бред воздействия* — непоколебимое убеждение лица, что его мысли, чувства и поступки подвергаются воздействию внешней силы, которая в ряде случаев получает точное определение — воздействие людей, электричества, лучей. *Бред отравления* — непоколебимое убеждение в том, что для нанесения вреда физическому состоянию больного или с целью его уничтожения тайно применяются всякие ядовитые вещества. Их якобы добавляют в употребляемую больным пищу, рассыпают и распыляют в воздухе тех помещений, где он находится, на предметы мебели или одежду, которыми он пользуется. *Бред ущерба* — непоколебимая уверенность в сознательном нанесении больному материального вреда, чаще всего путем порчи, подмены или воровства личных вещей, мебели или продуктов питания.

Бред ущерба чаще всего распространяется на лиц ближайшего окружения, в связи с чем его нередко определяют как бред малого размаха. *Бред сутяжный* — непоколебимая идея борьбы за восстановление попорченной справедливости, в частности защиты нарушенных прав больного.

От бредовых идей нужно отличать сверхценные идеи и бредоподобные фантазии.

Сверхценные идеи — суждения, возникающие в результате реальных обстоятельств, но занимающие в дальнейшем не соответствующее их значению преобладающее положение в сознании человека. Сопровождаемые необычно сильной, длительно существующей эмоциональной окраской, они впоследствии получают на продолжительные сроки стойкое доминирующее положение по сравнению со всеми остальными мыслями и представлениями. Таким образом, сверхценные идеи — это продуктивные, отражающие в той или иной степени интеллектуальное творчество, мировоззрение и личностные особенности идеи, всегда опирающиеся на реальные явления и события, понятные окружающим, идеи, возможно и основывающиеся на заблуждении, но приобретающие в дальнейшем последовательное, адекватное первоначальной посылке развитие, которое лишено паралогических построений. Поэтому необходима дифференциация сверхценных идей и нормальной психической деятельности, с одной стороны, и бредовых идей — с другой. Феномены, отвечающие всем признакам сверхценных идей, могут встречаться у психически здоровых людей. Идеи, которые можно или нельзя отнести к сверхценным, оцениваются в зависимости от наличия или отсутствия нарушения нормального логического развития мыслительного процесса. При сверхценных идеях наличествует логическая аргументация, доступность логической коррекции. Отличие сверхценных идей от бредовых заключается и в отсутствии коренного изменения личности и наличии только количественных, а не качественных нарушений.

Бредоподобные фантазии — появление в условиях психотравмирующей ситуации, в частности при аресте, следствии или вскоре после начала срока содержания под стражей, разнообразных по содержанию высказываний, в которых наличествуют идеи величия, преследования, ущерба, самообвинения, высказы-

вания авантюристического или мегаломанического содержания. По сравнению с бредом они лишены непоколебимой уверенности, изменчивы в своем содержании, зависят от внешних обстоятельств, часто отражают затаенные страхи и желания; сопровождаются рассчитанным на окружающих поведением с элементами игры и театральности; исчезают под влиянием внешних условий, например при переводе из тюрьмы в больницу.

Тема 8. Расстройства эмоций

Эмоции (аффекты) определяют то или иное отношение человека к внешним или внутренним раздражителям, они окрашивают потребность личности к чему-либо и являются источником потребности в чем-либо. Эмоция или чувство способны существенно повлиять на течение других психических процессов, ускорить или замедлить мыслительную деятельность, сделать ее более продуктивной или наоборот. Эмоции, в зависимости от их силы, можно условно разделять на настроения и аффекты. *Настроение* — эмоциональное состояние, которое обычно не бывает чрезмерно ярким, но характеризуется относительной устойчивостью. Оно является фоновым эмоциональным состоянием (эмоциональным фоном). *Аффект* — обычно кратковременная, но предельно яркая, бурная эмоциональная вспышка (восторг, гнев, ярость, ужас и т. п.), состояние эмоционального возбуждения высшей степени. Аффекты, как правило, возникают в связи с совершенно определенными раздражителями и поэтому всегда конкретно направлены. В состоянии аффекта человек действует под влиянием главным образом эмоций. Контроль со стороны сознания при этом ослаблен, и возможны мгновения, во время которых действия вообще ускользают из-под контроля рассудка.

Расстройства эмоций чрезвычайно многообразны, и многие из них встречаются у психически здоровых людей в определенных условиях, под воздействием окружающей среды. Далее описаны некоторые аффективные расстройства, имеющие большое судебно-психиатрическое значение.

Мания (маниакальное состояние) — повышенное настроение, достигающее патологической степени, которое зависит не столько

от внешних, сколько от внутренних факторов. При этом отмечается ускорение мышления и речи, отвлекаемость, поверхностность суждений, многоречивость, обострение памяти. На фоне повышенного настроения могут возникать аффективные реакции (вспышки гнева), вызванные внешним фактором. Характерны поведенческие особенности таких пациентов, которые стремятся усилить испытываемое ими удовольствие с помощью бахвальства, высокопарности, броскости одежды, интонационно-мимической или жестикуляционной яркости. Производными от расстройства настроения являются двигательное ускорение, энергичная деловитость, часто — инициативность и предприимчивость. Усиление влечений и их искажение в рамках общего повышения активности часто делают их поведение социально проблемным. Часто отмечаемая у таких больных раздражительность отражает нетерпеливость, досаду на «медлительность» окружающих, которые не способны быстро и безоговорочно соглашаться с ними, признавая их превосходство. Для маниакальных пациентов характерна поверхностность межличностных контактов, проявления опрометчивости и бестактности, связанные с неспособностью сопереживать людям в их отрицательных эмоциях (огорчениях, стыде, разочарованиях и пр.).

Эйфория (эйфорическое состояние) — патологически приподнятое настроение, не адекватное ни окружающей действительности, ни физическому состоянию больного. Иногда наблюдается при тяжелых соматических (телесных) заболеваниях (например, при туберкулезе). В отличие от маниакального состояния радостное, эйфорическое состояние может сопровождаться общей вялостью с ослаблением всех психических функций, при отсутствии интеллектуальной живости и стремления к деятельности. Повышенное настроение, нередко достигающее до степени эйфории с ощущением беспричинного веселья и полного благополучия, наблюдается у лиц в состоянии алкогольного и наркотического опьянения.

Депрессия (депрессивное состояние) — подавленность эмоциональной сферы — тоска, уныние, мрачные предчувствия, ощущение дискомфорта. При депрессивных состояниях, в отличие от маниакального состояния, конфликтов почти

не бывает, но депрессия иногда так выражена, что больного нельзя оставлять без надзора из-за опасности самоубийства.

Дисфория (дисфорическое состояние) — расстройство настроения с преобладанием тоскливо-злобного, угрюмо-недовольного состояния, сочетающееся с раздражительностью, агрессивностью, нередко страхами. Начинаются эти расстройства внезапно, без видимого повода и так же неожиданно заканчиваются. Продолжительность этих состояний колеблется от нескольких часов до нескольких дней. Больной не находит себе места, ничем не может заняться, становится придирчивым, по незначительному поводу вступает в пререкания и ссоры с окружающими, нередко становясь агрессивным. Дисфория эпилептическая возникает внезапно у больных эпилепсией и характеризуется склонностью к импульсивным действиям, развитием бреда или сумеречного помрачения сознания; может предшествовать эпилептическому припадку, следовать за ним или являться его эквивалентом. При эпилептической дисфории больные совершают импульсивные поступки, бессмысленное разрушение предметов, оказавшихся в поле их зрения.

Тема 9. Расстройства воли

Воля — способность сознательно и целенаправленно контролировать свою деятельность и направлять ее. Все наши движения и действия могут быть произвольными и произвольными. Последние так и называют — волевыми. Они, в отличие от произвольных, направлены на достижение заранее поставленной цели, чему предшествует появление побуждения, желания, влечения к выполнению. Волевой акт у человека сложен по своей структуре. Влечение — первая обязательная ступень к осуществлению любого волевого процесса. Вторая ступень — своеобразное обсуждение, так называемая борьба мотивов. После взвешивания всех «за» и «против» появляется определенная установка, разрабатывается схема-модель потенциального поведения. Завершающая часть волевого акта (третья ступень) — исполнение принятого решения, совершение самих действий. У психически больных может наблюдаться ненормальное сокращение, вплоть до полно-

го выпадения, и, наоборот, удлинение времени раздумывания, нерешительность во второй ступени волевого акта (взвешивание мотивов). Патология двигательной сферы у психически больных, внешне проявляющаяся в поведении, относится к третьей ступени сложного волевого акта — к исполнению решений, к непосредственной деятельности. Основные расстройства могут сводиться к повышению, понижению и извращению двигательнo-волевой деятельности.

К волевым относятся **расстройства привычек, влечений** и так называемых **сексуальных предпочтений** (см. рубрики F63 и F65 в МКБ-10).

К расстройствам воли относятся также такие расстройства побуждений, как гипер-, гипо-, абулия и парабулия.

Гипербулия (патологическое повышение двигательнo-волевой активности, инициативности) внешне проявляется в повышенном стремлении к деятельности, к движениям. Больные такого рода при повышенном стремлении к деятельности ни минуты не могут сидеть спокойно, они все время что-то предпринимают, ищут себе занятия, при этом не испытывают никакой усталости, несмотря на то, что это состояние физически изнурительно для них и сопровождается плохим сном, недостаточной едой. При повышенном стремлении к движению обычно больной все время бегаёт с места на место, пристаёт ко всем, что-нибудь трёт, рвет, хватается за руки проходящих, плюётся, ругается, пересаживается с места на место и т. д. Повышенное стремление к активности можно иногда наблюдать у истощённых больных, которые уже не могут двигаться, но, оставаясь в постели, все время производят движения (сворачивают одеяло, трют руки, лицо, сползают на пол, хватают других больных и т. д.).

Гипобулия (патологическое понижение двигательнo-волевой активности) представляет собой полную противоположность описанному ранее состоянию. Крайний вариант гипобулии — полное отсутствие волевой активности — **абулия**.

Парабулия — извращение волевой деятельности, которое составляет основу кататонического синдрома. Последний (кататония) проявляется чаще всего либо в виде кататонического возбуждения, либо в виде кататонического ступора (состояние мо-

торной скованности, обездвиженности). *Кататоническое возбуждение* вначале носит патетический характер: повышенно-восторженное настроение, высокопарная речь, размашистые, преувеличенно-выразительные движения. При нарастании возбуждения появляется дурашливость: больные принимают неестественные позы, кувыркаются, паясничают, гримасничают, кривляются; характерны неуместные грубые шутки и бессмысленный смех (гебефреническое возбуждение). Более глубокая степень расстройств — импульсивное возбуждение, внезапное совершение действий, не имеющих отношения к предшествующему поведению: больные набрасываются на окружающих, бегут, не разбирая пути, рвут одежду и т. д. Их речь состоит из повторения одних и тех же слов или фраз. В тяжелых случаях возбуждение хаотично, состоит лишь из отдельных компонентов двигательных актов. Появляются простейшие движения — ползание, хватание, раскачивание корпусом. Речь может исчезнуть совсем. *Кататонический ступор* определяется невозможностью получить от больного ответы и обездвиженностью с мышечным напряжением (оцепенением). Больные не реагируют ни на внешние раздражители, ни на собственное состояние. Они подолгу могут находиться в одной и той же, зачастую неудобной позе. При определенной интенсивности мышечного напряжения больные сохраняют приданное их конечностям или туловищу положение (восковая гибкость). Иногда, напротив, они оказывают молчаливое сопротивление попыткам накормить, сменить одежду, помыть и т. д. (негативизм).

К расстройствам воли относятся также навязчивые и импульсивные явления.

Навязчивые явления (обсессии) могут иметь отношение ко всем психическим процессам (эмоции, мышление, восприятие и др.) и характеризуются произвольным непреодолимым возникновением у больных мыслей, воспоминаний, сомнений, страхов (фобий), стремлений, действий. При этом сохраняется осознание их болезненности и критическое к ним отношение (этим они отличаются от бреда). *Навязчивое влечение* — появление вопреки разуму, воле и чувствам стремления к совершению бессмысленного и, возможно, опасного действия. Как правило, они

не выполняются, чем и отличаются от импульсивных действий. *Навязчивые действия* неоднородны по своим проявлениям и могут сопровождать фобию, являясь как бы защитным ритуалом. К навязчивым действиям, не сопровождающимся фобиями, относятся движения, совершаемые против желания больного и вопреки его усилиям их сдержать (обкусывание ногтей, употребление слов-паразитов).

Импульсивные явления включают импульсивные действия и импульсивные влечения. В отличие от навязчивых явлений импульсивные действия и влечения выполняются неотвратно, без внутренней борьбы и сопротивления. *Импульсивные действия* совершаются без контроля сознания, внезапно, безмотивно, выполняются автоматически (часто это агрессивные действия). Возникают при глубоком нарушении психической деятельности — при образном бреде, состояниях помраченного сознания, кататоническом возбуждении и т. д. *Импульсивные влечения* — время от времени остро возникающие стремления, овладевающие сознанием, подчиняющие себе все поведение больного, все его мысли и желания. Часто возникают на фоне пониженного или пониженно-злобного (дисфорического) настроения. Вначале может происходить борьба с желанием совершить тот или иной поступок, однако вскоре влечение становится непреодолимым и, подчиняя себе все мысли и желания, реализуется. Часто воспоминания о совершаемых в этот период действиях неотчетливы или отрывочны. В ряде случаев после завершения импульсивное влечение осознается как ненормальное состояние и даже критически оценивается. Частыми формами импульсивных влечений являются запой (дипсомания), бродяжничество (дромомания, вагабондаж), неотвратимое стремление к поджогам (пиромания), воровству (клептомания), совершению убийства, самоубийства (гомицидомания, суицидомания) и др.

Вопросы для проведения промежуточной аттестации

(Общая психопатология)

1. Типичные причины и варианты течения психических заболеваний.
2. Критерии классификации психических расстройств.
3. Методы психиатрического обследования и оценки психического статуса лица.
4. Понятия симптома и синдрома психического заболевания, их соотношение и судебно-психиатрическое значение.
5. Сознание и основные виды его расстройств. Влияние различных видов расстройств сознания на поведение человека и его юридически значимые способности.
6. Восприятие и основные виды его расстройств. Влияние различных видов расстройств восприятия на поведение человека и его юридически значимые способности.
7. Память и основные виды ее расстройств. Влияние различных видов расстройств памяти на поведение человека и его юридически значимые способности.
8. Мышление, основные виды его расстройств. Влияние различных видов расстройств мышления на поведение человека и его юридически значимые способности.
9. Эмоции и основные виды их расстройств. Влияние различных видов расстройств эмоций на поведение человека и его юридически значимые способности.
10. Воля и основные виды ее расстройств. Влияние различных видов волевых расстройств на поведение человека и его юридически значимые способности.

Примерные темы курсовых работ (Общая психопатология)

1. Психиатрическое освидетельствование.
2. Социальная опасность психически больных и мотивация их деяний.
3. Социальная агрессия.
4. Преступная жестокость.
5. Преступность и психические аномалии.
6. Половые преступления против детей и подростков: психиатрический аспект.
7. Психическое здоровье как медико-биологическая категория.
8. Психическое здоровье как медико-юридическая категория.
9. Структурно-функциональная организация психических процессов.
10. Человек как объект исследования в судебной психиатрии.
11. Психиатрическое обследование.
12. Распространенность и причины возникновения психических расстройств.
13. Стресс и психическое здоровье.
14. Теории личности: современный психоанализ.
15. Роль ситуации в развитии психических расстройств.
16. Влияние семьи на возникновение и развитие психических расстройств.
17. Значение межличностных отношений в эмоционально-психическом развитии личности.
18. Роль культуральных и этнических различий в развитии психических расстройств.
19. Роль самооценки в развитии дисфункционального поведения.
20. Психопатология подросткового возраста.
21. Юношеские наркомания и алкоголизм.
22. Несовершеннолетние преступники с акцентуациями характера.
23. Психогенез расстройств восприятия.
24. Иллюзии и галлюцинации.
25. Интеллект и его расстройства.

26. Память и ее расстройства.
27. Психогенез расстройств мышления.
28. Психогенез эмоционально-волевых расстройств.
29. Психогенез расстройств сознания.
30. Диагностический и статистический справочник по психическим расстройствам (DSM-IV).
31. Аддиктивное поведение.
32. Фанатизм: сверхценные и бредовые идеи.
33. Социальные фобии.
34. Тревожные и панические расстройства.
35. Суицидальное поведение.
36. Предотвращение самоубийств.
37. Депривация.
38. Акцентуированная личность.
39. Параноидные, шизоидные и шизотипические личностные расстройства.
40. Антисоциальные личностные расстройства.
41. Гистрионические и нарциссические личностные расстройства.
42. Обсессивно-компульсивные личностные расстройства.
43. Криминальный гебоид.
44. Нарушения идентичности.
45. Посттравматические стрессовые расстройства.
46. Психические реакции на изнасилование. Медицинская и психологическая помощь.
47. Извращение инстинктов.
48. Психолого-психиатрические аспекты перверсий.
49. Нарушения настроения.
50. Депрессия.
51. Непродолжительные психические расстройства.
52. Физиологический и патологический аффект.
53. Раптус.
54. Соматогенные психические расстройства.
55. Синдромы нарушений психики.
56. Психопатии.
57. Психические расстройства при травмах головного мозга.

58. Психические расстройства при заболеваниях головного мозга.

59. Олигофрении.

60. Преступники с умственной отсталостью.

61. Психотические расстройства личности вследствие употребления психоактивных веществ.

62. Делирий.

63. Абстинентный синдром.

64. Ранние признаки психических расстройств у осужденных.

65. Особенности психического состояния подследственных и осужденных.

Рекомендованная литература

Основная

1. Судебная психиатрия : учебник для вузов / Н. М. Жариков, В. П. Котов, Г. В. Морозов, Д. Ф. Хритинин. — М., 2009.

Дополнительная

2. Александровский, С. А. Пограничные психические расстройства : руководство для врачей / С. А. Александровский. — М., 1993.

3. Алексеева, Л. В. Проблема юридически значимых эмоциональных состояний / Л. В. Алексеева. — Тюмень, 1997.

4. Атюнян, Ю. М. Преступники с умственной отсталостью / Ю. М. Атюнян, В. В. Горинов. — М., 1993.

5. Антонян, Ю. М. Сексуальные преступления : Чикатило и другие / Ю. М. Антонян, А. А. Ткаченко. — М., 1993.

6. Антонян, Ю. М. Криминальная патопсихология / Ю. М. Антонян, В. В. Гульдман. — М., 1991.

7. Бадмаева, В. Д. Клиника и судебно-психиатрическое значение психогенных расстройств у детей и подростков — жертв сексуального насилия : автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. Д. Бадмаева. — М., 2002.

8. Блейхер, В. М. Расстройства мышления / В. М. Блейхер. — Киев, 1983.

9. Волков, В. Н. Судебная психиатрия : краткий словарь терминов для юристов / В. Н. Волков. — М., 1996.

10. Бухановский, А. О. Общая психопатология : пособие для врачей / А. О. Бухановский, Ю. А. Кутявин, М. Е. Литвак. — Ростов н/Д., 1998.

11. Векор, Ч. Психопатология детского и подросткового возраста / Ч. Векор, П. Кериг. — СПб., 2004.

12. Гурьева, В. А. Психопатология подросткового возраста / В. А. Гурьева, В. Я. Семке, В. Я. Гиндикин. — Томск, 1994.

13. Дмитриева, Т. Б. Судебно-психологические экспертные критерии диагностики аффекта у обвиняемого : пособие для врачей / Т. Б. Дмитриева, Е. В. Макушкин. — М., 2004.

14. Жариков, Н. М. Судебная психиатрия : словарь-справочник / Н. М. Жариков, Г. В. Морозов, Д. Ф. Хритинин. — М., 2000.
15. Захаров, В. В. Нарушения памяти / В. В. Захаров, Н. Н. Яхно. — М., 2003.
16. Имелинский, К. Сексология и сексопатология / К. Имелинский. — М., 1986.
17. Медицинская и судебная психология : курс лекций / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Ф. С. Сафуанова. — М., 2005.
18. Морозов, Г. В. Дифференциальная диагностика простого и патологического опьянения / Г. В. Морозов, А. К. Качаев, Г. Я. Лукачер. — М., 1973.
19. Ойгензихт, В. А. Воля и волеизъявление / В. А. Ойгензихт. — Душанбе, 1983.
20. Плиский, Н. О kleптомании / Н. Плиский. — М., 1995.
21. Руководство по судебной психиатрии / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича, А. А. Ткаченко. — М., 2004.
22. Рыбальский, М. И. Иллюзии и галлюцинации / М. И. Рыбальский. — Баку, 1983.
23. Сексопатология : справочник / под ред. Г. С. Васильченко. — М., 1990.
24. Ситковская, О. Д. Аффект : криминально-психологическое исследование / О. Д. Ситковская. — М., 2001.
25. Ситковская, О. Д. Психология уголовной ответственности / О. Д. Ситковская. — М., 1998.
26. Судебная психиатрия : учебное пособие / Т. Б. Дмитриева, А. А. Ткаченко, Н. К. Харитоновна, С. Н. Шишков. — М., 2008.
27. Судебная психиатрия : учебник для вузов / под ред. Г. В. Морозова. — М., 2001.
28. Ткаченко, А. А. Судебная сексология / А. А. Ткаченко, Г. Е. Введенский, Н. В. Дворянчиков. — М., 2001.
29. Тювина, Н. А. Психические заболевания: клиника, лечение, профилактика / Н. А. Тювина. — М., 1995.
30. Шнайдер, К. Клиническая психопатология / К. Шнайдер. — Киев, 1999.

Оглавление

Введение	3
Тема 1. Причины возникновения и классификация психических расстройств.....	4
1.1. Причины и условия возникновения психических расстройств.....	4
1.2. Классификация психических расстройств	6
1.3. Варианты и закономерности течения психических расстройств.....	12
Тема 2. Психиатрическое обследование (исследование) лица	14
Тема 3. Понятия симптома и синдрома психических расстройств.....	18
Тема 4. Расстройства сознания	19
Тема 5. Расстройства восприятия	23
Тема 6. Расстройства памяти.....	27
Тема 7. Расстройства мышления.....	29
Тема 8. Расстройства эмоций	33
Тема 9. Расстройства воли.....	35
Вопросы для проведения промежуточной аттестации.....	39
Примерные темы курсовых работ	40
Рекомендованная литература	43

Учебное издание

Судебная психиатрия

Учебно-методическое пособие

Составитель

Смирнов Роман Юрьевич

Редактор, корректор М. Э. Левакова

Верстка М. Э. Леваковой

Подписано в печать 27.08.15. Формат 60×84 1/16.

Усл. печ. л. 2,79. Уч.-изд. л. 2,0.

Тираж 60 экз. Заказ

Оригинал-макет подготовлен
в редакционно-издательском отделе ЯрГУ.

Ярославский государственный университет
им. П. Г. Демидова.

150000, Ярославль, ул. Советская, 14.

