

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**РОССИЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ ПРАВОСУДИЯ**

М. Г. Гонгадзе

СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Учебное пособие

Москва
2016

УДК 343.9
ББК 67.52
Г 65

Автор

Гонгадзе М. Г., старший преподаватель кафедры уголовно-процессуального права Российского государственного университета правосудия.

Рецензенты:

Куташов В. А., доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и неврологии Института дополнительного профессионального образования Воронежского государственного медицинского университета им. Н. Н. Бурденко;

Астахов М. А., кандидат юридических наук, доцент Российского государственного университета правосудия.

Гонгадзе М. Г.

Г 65 Судебная психиатрия: Учебное пособие для студентов, обучающихся по направлению подготовки 40.03.01 Юриспруденция (квалификация «бакалавр»). — М.: РГУП, 2016.

ISBN 978-5-93916-520-4

Рассматриваются предмет и задачи судебной психиатрии, элементы общей психопатологии, клинические проявления наиболее распространенных форм психических расстройств и их судебно-психиатрическое значение, проблемы невменяемости и недееспособности, виды судебно-психиатрических экспертиз. Материал изложен с учетом действующего законодательства Российской Федерации.

Учебное пособие предназначено для студентов юридических вузов, обучающихся по направлению подготовки 40.03.01 Юриспруденция (квалификация «бакалавр»).

ISBN 978-5-93916-520-4

© Гонгадзе М. Г., 2016
© Российский государственный
университет правосудия, 2016

СОДЕРЖАНИЕ

Глава 1. Предмет и задачи судебной психиатрии

- 1.1. Понятие судебной психиатрии 5
- 1.2. Организация судебно-психиатрической экспертизы в России. 9
- 1.3. Основы пенитенциарной психиатрии 12

Глава 2. Правовые и организационные основы судебно-психиатрической экспертизы

- 2.1. Основания и порядок назначения судебно-психиатрической экспертизы. 14
- 2.2. Эксперт-психиатр, его права и обязанности 17
- 2.3. Заключение эксперта (комиссии экспертов) и его оценка судебно-следственными органами 20
- 2.4. Виды судебно-психиатрических экспертиз 22
- 2.5. Правовая основа судебно-психиатрической экспертной деятельности 27

Глава 3. Судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном процессе

- 3.1. Судебно-психиатрическая экспертиза подозреваемых и обвиняемых. Понятие вменяемости, невменяемости и «ограниченной вменяемости». 28
- 3.2. Критерии и правовые последствия психических расстройств лица в период после совершения им преступления, но до вынесения судом приговора. 41
- 3.3. Посмертные судебно-психиатрические экспертизы. 44
- 3.4. Судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей и потерпевших 48

Глава 4. Принудительные меры медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния

- 4.1. Понятие, цели и задачи принудительных мер медицинского характера 60
- 4.2. Виды и выбор принудительных мер медицинского характера 63

Глава 5. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе	
5.1. Понятие правоспособности, дееспособности, недееспособности, процессуальной дееспособности	74
5.2. Виды судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе	75
Глава 6. Комплексные судебно-психиатрические экспертизы в уголовном и гражданском процессах	78
Глава 7. Основы общей психопатологии	
7.1. Симптомы психических расстройств.	98
7.2. Синдромы психических расстройств.	110
Глава 8. Отдельные формы психических расстройств и их судебно-психиатрическая оценка	
8.1. Органические психические расстройства	116
8.2. Умственная отсталость	121
8.3. Шизофрения	131
8.4. Аффективные расстройства настроения	139
8.5. Алкогольная зависимость и зависимость от наркотических средств (наркомания).	145
8.6. Психогенные психические расстройства	154
8.7. Кратковременные психические расстройства (исключительные состояния)	160
8.8. Расстройства личности и расстройство влечений	171
8.9. Симуляция и диссимуляция психических расстройств	180
Глава 9. Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних	184
Список литературы	192
Глоссарий	194
Приложения	
Приложение 1. Основные законодательные документы, касающиеся судебно-психиатрической деятельности	198
Приложение 2. Подзаконные нормативные правовые акты по судебно-психиатрической экспертизе	223

К кругу аффективных расстройств относятся *мании, депрессии, биполярные, рекуррентные и хронические аффективные расстройства*.

Эмоции проявляются в поведении (мимике, позе, жесте, особенностях социальных интеракций), а также в мышлении и субъективно описываются в структуре переживаний индивида. Когда над эмоциями утрачивается контроль, они достигают степени аффекта и могут привести к деструктивным (агрессивным) или аутодеструктивным (суицид, самоповреждение) действиям.

Аффективные расстройства полиэтиологичны. При маниакальных расстройствах ведущими являются наследственные (генетические) факторы (в первую очередь при биполярном расстройстве). При депрессивных нарушениях играют роль и наследственные факторы, и внешние (социально-стрессовые, психогенные) причины при наличии конституциональной предрасположенности. Поэтому различают эндогенные и психогенные депрессии. Следует предположить, что при хронических и рекуррентных (повторяющихся) депрессивных расстройствах наиболее значимы наследственные факторы (в том числе врожденный дефицит нейротрансмиттеров. Их уровень снижается при депрессиях и повышается при маниях). В случае единичных депрессивных эпизодов, развивающихся в связи с психогенными воздействиями, этиологическим фактором являются психосоциальные стрессы при наличии слабости систем психологической и биологической регуляции индивида.

Распространенность аффективных расстройств среди населения по некоторым данным составляет до 20%.

Маниакальные расстройства. Классификация эпизодов мании в зависимости от степени выраженности включает гипомании, мании без психотических эпизодов и мании с психотическими эпизодами, которая может сопровождаться агрессией, направленной на все окружающее.

Под *гипоманией* понимают легкую степень мании, при которой изменения настроения и поведения долговременны и выражены, не сопровождаются бредом и галлюцинациями. Приподнятое настроение проявляется в сфере эмоций как радостная безоблачность. Раздражительность в сфере речи — как повышенная разговорчивость с облегченностью и поверхностными суждениями, повышенная контактность. В сфере поведения отмечаются повышение аппетита, сексуальности, отвлекаемость, снижение потребности во сне, отдельные поступки, выходящие за рамки морали. Субъективно ощущаются легкость ассоциаций, повышение работоспособности и творческой продуктивности. Объективно

увеличиваются число социальных контактов и успешность. В то же время отмечаются эпизоды безрассудного или безответственного поведения, повышенная общительность или фамильярность.

Основной критерий диагностики — повышенное или раздражительное настроение, которое является аномальным для данного индивидуума, сохраняется по меньшей мере несколько дней и сопровождается приведенными выше симптомами.

В типичном виде *развернутое маниакальное состояние* проявляется так называемой *маниакальной триадой*: болезненно повышенным настроением, ускоренным течением мыслей и двигательным возбуждением. Ведущий признак маниакального состояния — маниакальный аффект, проявляющийся в повышенном настроении, ощущении счастья, довольства, хорошего самочувствия, наплыве приятных воспоминаний и ассоциаций. Характерными для него являются обострение ощущений и восприятий, усиление механической и некоторое ослабление логической памяти, поверхностность мышления, легкость и непродуктивность суждений и умозаключений, идеи переоценки собственной личности, вплоть до бредовых идей величия, расторможенность влечений и ослабление высших чувств, неустойчивость, легкость переключения внимания.

Мания без психотических симптомов отличается от гипомании тем, что повышенное настроение сказывается на изменении норм социального функционирования, проявляется в неадекватных поступках, которые не контролируются пациентом. Ускоряется темп течения времени и значительно сокращается потребность во сне. Повышается толерантность и потребность в алкоголе. Повышается сексуальная энергия и аппетит, возникает тяга к путешествиям и приключениям. Благодаря скачке идей возникает множество планов, реализация которых не осуществляется. Пациент стремится к яркой и броской одежде, говорит громким голосом, делает множество долгов и дарит деньги едва знакомым людям. Он легко влюбляется и уверен в любви к себе всего мира. Собирая множество случайных людей, он устраивает праздники в долг. Отмечается заметное повышение сексуальной энергии или сексуальная неразборчивость. Галлюцинаций или бреда нет.

Основной симптом — повышенное, экспансивное, раздражительное (гневливое) или подозрительное настроение, которое не характерно для данного индивидуума. Изменение настроения должно быть отчетливым и сохраняться на протяжении недели.

Мания с психотическими симптомами представляет собой выраженную манию с яркой скачкой идей и маниакальным возбуждением, к которой

присоединяются вторичные бредовые идеи величия, высокого происхождения, гиперэротичности, ценности. Возможны галлюцинаторные оклики, подтверждающие значимость личности, или «голоса», говорящие пациенту об эмоционально нейтральных вещах, или бред значения и преследования.

Биполярное аффективное расстройство — психическое расстройство, ранее именовавшееся *маниакально-депрессивным психозом*. Характеризуется повторными (по крайней мере двумя) маниакальными, депрессивными и смешанными эпизодами, которые сменяются без определенной последовательности. Особенностью данного психоза считают наличие светлых межфазных промежутков (интермиссий), при которых исчезают все признаки заболевания, наблюдается полное восстановление критического отношения к перенесенному болезненному состоянию, сохраняются преморбидные характерологические и личностные свойства, профессиональные знания и навыки. Непсихотическая его форма (*циклотимия*) в клиническом отношении представляет собой редуцированный (ослабленный, амбулаторный) вариант заболевания.

Маниакальные эпизоды обычно начинаются внезапно и длятся от двух до 4–5 месяцев (средняя продолжительность эпизода около четырех месяцев). Депрессии имеют тенденцию к более продолжительному течению (средняя продолжительность около шести месяцев), хотя редко более года (исключая больных пожилого возраста). И те и другие эпизоды часто следуют за стрессовыми ситуациями или психическими травмами, хотя их наличие не является обязательным для постановки диагноза. Первый эпизод может возникнуть в любом возрасте. Частота эпизодов и характер ремиссий и обострений весьма разнообразны, но ремиссии имеют тенденцию к укорочению с возрастом, а депрессии становятся более частыми и продолжительными после среднего возраста.

Депрессивный эпизод является полярным маниакальному. Депрессивные расстройства характеризуются «депрессивной триадой»: пониженным настроением (депрессией), интеллектуально-вербальной и моторной (двигательной) заторможенностью, иногда достигающей степени ступорозного состояния. Тоска может стать безысходной, сопровождаться ощущениями безразличия к здоровью и судьбе близких, она сопровождается бредовыми идеями самообвинения, самоуничтожения, греховности. У пациентов отмечается печальная мимика, снижение целенаправленной деятельности, ослабление влечений, отказ от лечения и пищи, ослабление активности внимания. Кроме жалоб

сенестопатического, алгического и вегетативного характера, для депрессивной фазы типична соматическая триада Протопопова — тахикардия, мидриаз (стойкое расширение зрачков), запор, а также умеренное повышение артериального давления, сухость слизистых оболочек и кожи, уменьшение массы тела, анорексия, дисменорея, отсутствие слез. Депрессивный эпизод может исчерпываться легкой или умеренно выраженной степенью психических нарушений, но может, постепенно углубляясь, достигнуть уровня психоза (тяжелого депрессивного эпизода). Больные нередко предпринимают попытки самоубийства, иногда расширенного — с убийством членов семьи, которых они стремятся «избавить от предстоящих мучений».

Для депрессивных эпизодов всех трех степеней тяжести длительность эпизода должна быть не менее двух недель, но диагноз может быть поставлен и для более коротких периодов, если симптомы необычно тяжелые и наступают быстро. Рекуррентное депрессивное расстройство характеризуется повторными эпизодами депрессий — депрессивными эпизодами легкой, средней или тяжелой степени. Однако эту категорию можно использовать. Если есть данные о коротких эпизодах легкого приподнятого настроения и гиперактивности, которые отвечают критериям гипомании и следуют непосредственно за депрессивным эпизодом. Возраст появления, тяжесть, длительность и частота эпизодов депрессии очень разнообразны. Отдельные эпизоды любой тяжести в большинстве случаев провоцируются стрессовой ситуацией и отмечаются в два раза чаще у женщин, чем у мужчин.

Легкая форма аффективных расстройств, проявляющаяся субдепрессиями и гипоманиями или чередованием этих аффективных расстройств, получила название *циклотимии*. Симптомы очерчены нерезко. В гипоманиакальной фазе больные вследствие несколько повышенного настроения, стремления к деятельности, речедвигательной оживленности, мешают окружающим, бывают недисциплинированны, совершают прогулы, склонны к половой распушенности и кутежам. В субдепрессивной фазе больные испытывают некоторую подавленность, тоскливость, снижается работоспособность, активность и продуктивность труда. Отмечается склонность к самообвинению, суицидальные тенденции. Поставить диагноз нелегко, если пациент не наблюдается достаточно долго или нет хорошего описания поведения в прошлом. В связи с тем, что изменения в настроении относительно легкие, а периоды приподнятости доставляют удовольствие, циклотимия редко попадает в поле зрения врачей.

Судебно-психиатрическая оценка лиц, совершивших опасные деяния в состоянии развернутой мании или тяжелого депрессивного эпизода, не вызывает трудностей. Аффективная сфера непосредственным образом связана с когнитивным и волевым звеньями регуляции поведения, и болезненные нарушения в аффективной сфере (маниакальный или депрессивный эпизод) влекут за собой неспособность лица к осознанной волевой регуляции своего поведения. Такие субъекты в отношении инкриминируемых им деяний признаются невменяемыми, и к ним применяются те или иные меры медицинского характера. Если преступление совершено в межприступный период (интермиссии), они признаются вменяемыми. При коротких светлых промежутках между аффективными эпизодами больных следует рассматривать как лиц, страдающих хроническим психическим расстройством с частыми обострениями болезненного состояния, и поэтому их следует признавать невменяемыми и применять к ним меры медицинского характера.

Некоторую сложность может представлять судебно-психиатрическая оценка подэкспертных с гипоманиакальными состояниями и умеренно выраженными депрессивными эпизодами. Указанные аффективные нарушения не нарушают в полной мере способность лица к осознанной произвольной регуляции своего поведения, но могут ограничивать возможность осознания общественной опасности и контроля своих действий, поэтому их судебно-психиатрическая оценка может определяться с учетом ст. 22 УК РФ.

В случаях, когда тяжелое аффективное расстройство развилось после совершения преступления, но до вынесения приговора, то оно нарушает процессуальную дееспособность обвиняемого и лицо направляется на судебно-психиатрическую экспертизу, которая констатирует временное болезненное расстройство психической деятельности и рекомендует ему принудительное лечение в стационаре, оказывающем психиатрическую помощь, до излечения указанного болезненного состояния. Наибольшее юридическое значение имеют подострые реактивные (психогенные) психозы (тяжелые депрессивные эпизоды) как временные болезненные расстройства психической деятельности, лишаящие на определенное время лицо способности понимать фактический характер своих действий либо руководить ими, т. е. лишаящие его процессуальной дееспособности. Данные лица на время болезни могут быть направлены судом на принудительное лечение согласно ч. 1 ст. 81 и п. «б» ст. 97 УК РФ. В редких случаях, при некоторых вариантах затяжных реактивных психозов, больные