Астраханский Государственный Технический Университет

Юридический Факультет. Кафедра ДУПЦ.

КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА

по дисциплине СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

на тему:

“ Судебно-психиатрическая экспертиза больных шизофренией.”

Выполнил:

Студент группы ДЮФ-31

Резаков М.Р.

Астрахань 2002

Судебно-медицинская экспертиза и судебно-психиатрическая экспертиза

Судебно-медицинская экспертиза (СМЭ) и судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ) проводятся в медицинских учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения. Выполняют СМЭ эксперты бюро СМЭ, а при отсутствии таковых - любые врачи, привлеченные для этих целей лицом, проводящим дознание, следователем, прокурором или определением суда. Если Вы по собственной инициативе настаиваете на экспертизе - за нее придется платить. Если же Вы в соответствии с УПК и ГПК будете ходатайствовать перед следователем (дознавателем), и он назначит экспертизу, то она будет бесплатной. Организация и порядок производства СМЭ и СПЭ определены законом - УК, УПК, ГПК. СМЭ и СПЭ, как правило, проводятся в связи с расследованием и судебным разбирательством по конкретному уголовному делу.

При проведении расследования по уголовным делам экспертиза назначается в необходимых случаях при производстве дознания, предварительного следствия и(или) при судебном разбирательстве.

Производство предварительного следствия обязательно по уголовным делам, за исключением преступлений, не представляющих большой общественной опасности (нетяжких преступлений). По делам, по которым производство предварительного следствия не обязательно, орган дознания проводит все следственные действия, в том числе назначает экспертизу. При наличии признаков преступления, по которому производство предварительного следствия обязательно, орган дознания возбуждает уголовное дело и производит неотложные следственные действия по установлению и закреплению следов преступления. Экспертиза (СМЭ, СПЭ) к числу таких неотложных следственных действий не относится. Поэтому при расследовании преступлений, по которым производство предварительного следствия обязательно, экспертиза назначается органами предварительного следствия, к которым относятся прокуратура, милиция, ФСБ и налоговая полиция.

Проведение экспертизы обязательно:

· для установления причин смерти и характера телесных повреждений;

· для определения психического состояния обвиняемого или подозреваемого в тех случаях, когда возникает сомнение по поводу их вменяемости или способности к моменту производства по делу отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими;

· для определения психического или физического состояния свидетеля или потерпевшего в случаях, когда возникает сомнение в их способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела. и давать о них правильные показания;

· для установления возраста обвиняемого, подозреваемого и потерпевшего в тех случаях, когда это имеет значение для дела, а документы о возрасте отсутствуют.

Признав необходимым производство экспертизы, следователь составляет об этом постановление, в котором указываются основания для назначения экспертизы, фамилия эксперта или наименование учреждения, производящего экспертизу, вопросы, поставленные перед экспертом

Следователь обязан ознакомить обвиняемого с постановлением о назначении экспертизы и разъяснить его права: заявить отвод эксперту, просить о назначении эксперта из числа указанных им лиц, представить дополнительные вопросы для получения по ним заключения эксперта, присутствовать с разрешения следователя при производстве экспертизы и давать объяснения эксперту, знакомиться с заключением эксперта. Об ознакомлении составляется протокол, подписываемый следователем и обвиняемым. Постановление о назначении СПЭ и заключение экспертов не объявляются обвиняемому, только если его психическое состояние делает это невозможным.

Действия и решения следователя, прокурора, лица, производящего дознание (в частности в отношении назначения и проведения экспертизы), могут быть обжалованы. Жалобы подаются прокурору непосредственно, либо через лицо, производившее дознание, следователя (да, через лицо, действия которого обжалуются!). Жалобы могут быть устные и письменные. Устные заносятся в протокол, который подписывается заявителем и лицом, принявшим жалобу. Последнее обязано в течение 24 часов направить поступившую жалобу вместе со своими объяснениями прокурору. Прокурор в течение 3 суток по получении жалобы обязан рассмотреть ее и уведомить заявителя о результатах. В случае отказа в удовлетворении жалобы прокурор обязан изложить мотивы, по которым жалоба признана неосновательной. Жалобы на действия и решения прокурора приносятся вышестоящему прокурору.

Судебно-психиатрическая экспертиза

СПЭ проводится только в специально определенных учреждениях и почти исключительно стационарно, т.е. с помещением обследуемого в больницу. Обычно срок наблюдения не бывает менее нескольких недель. Традиционно для экспертизы выделяется одно из отделений в областной психиатрической больнице. Экспертизу наиболее сложных случаев проводит Институт судебной психиатрии в Москве.

При рассмотрении гражданских дел суд прибегает к СПЭ для решения вопроса о дееспособности истца или ответчика в процессе. СПЭ необходима при вынесении судом решения по делам так называемого особого производства о признании лица недееспособным. Дело о признании гражданина недееспособным вследствие душевной болезни или слабоумия может быть начато по заявлению членов его семьи, профсоюзов и общественных организаций (устав которых предусматривает опеку больных и такие действия), прокурора, органа опеки и попечительства, психиатрического лечебного учреждения. Право на подачу заявления о признании гражданина недееспособным имеют супруг, совершеннолетние дети, родители, а также другие родственники и нетрудоспособные иждивенцы, проживающие с ним и ведущие общее хозяйство. Возбудить такое дело близкие родственники могут независимо от того, проживают ли они вместе с данным гражданином, или отдельно от него.

Заявление о признании гражданина недееспособным вследствие душевной болезни или слабоумия подается в суд по месту жительства данного гражданина, а если лицо помещено в психиатрическое лечебное учреждение, то по месту нахождения этого учреждения. В заявлении должны быть изложены обстоятельства, свидетельствующие об умственном расстройстве, вследствие которого лицо не может понимать значения своих действий или руководить ими.

Судья назначает СПЭ для определения психического состояния гражданина в порядке подготовки дела к судебному разбирательству при наличии достаточных данных о душевной болезни или слабоумии гражданина (справок о врожденных умственных недостатках, о нахождении на учете у психиатра, о нахождении лица в психиатрических лечебных учреждениях, о травмах, которые могли нарушить психику гражданина, актов, свидетельствующих об отклонениях от обычного поведения, определений суда об освобождении от уголовной ответственности и применении к лицу принудительных мер медицинского характера). В исключительных случаях, при явном уклонении лица, в отношении которого возбуждено дело о признании его недееспособным, от прохождения СПЭ, суд в судебном заседании при участии прокурора и психиатра может вынести определение о принудительном направление гражданина на СПЭ. Данное определение может быть выполнено с помощью санитаров психиатрического лечебного учреждения и сотрудников милиции.

Дело о признании гражданина недееспособным суд рассматривает с обязательным участием прокурора и представителя органа опеки и попечительства. Гражданин, о признании которого недееспособным рассматривается дело, вызывается в судебное заседание, если это возможно по состоянию его здоровья. Решение суда, которым гражданин признан недееспособным, является основанием для назначения органами опеки и попечительства опекуна. Признание гражданина дееспособным и отмена установленной опеки производится судом на основании соответствующего заключения СПЭ по заявлению членов его семьи, профсоюзов и иных общественных организаций, прокурора, органа опеки и попечительства, психиатрического лечебного учреждения.

Независимая экспертиза

Закон впервые в России предусмотрел для граждан проведение независимой экспертизы в случае, если гражданин не согласен с заключением медицинской экспертизы, но не любой, а только патологоанатомической и военно-врачебной. Законодатель предполагает, что в случаях другой экспертизы (медико- социальной, судебно- медицинской, судебно- психиатрической) судебной защиты прав гражданина достаточно. <Экспертиза признается независимой, если проводящие ее эксперт либо члены комиссии не находятся в служебной или иной зависимости от учреждения или комиссии, производивших медицинскую экспертизу, а также от органов, учреждений, должностных лиц и граждан, заинтересованных в результатах независимой экспертизы... гражданам предоставляется право выбора экспертного учреждения и экспертов>(ст. 53).

Иными словами, Вы, а не военный комиссар будете в случае проведения независимой экспертизы выбирать лечебное учреждение для освидетельствования. Важно, что Вы имеете просто право выбора и не обязаны его обосновывать.

Напротив, лица, проводившие, организовывавшие оспариваемую экспертизу, могут оспаривать Ваш выбор независимого учреждения лишь на основании:

1) его профессиональной непригодности, например, в случае патологоанатомической экспертизы, если в нем нет патологоанатома, имеющего сертификат специалиста;

2) его зависимости от Вас, гражданина, в виде родственной или иной зависимости. Конечно, любую зависимость надо доказывать.

Необходимо подчеркнуть, что положение о независимой экспертизе до настоящего времени не утверждено Правительством и, соответственно, возможны проблемы с признанием результатов такой экспертизы, например, военным комиссариатом. Это не означает, конечно, бессмысленности независимой экспертизы. Это означает, что добиться независимой экспертизы трудно и трудно добиться признания ее результатов. Но обычно у пациентов просто нет выбора. Поэтому приходится использовать имеющиеся возможности.

Например, Независимая психиатрическая ассоциация уже много лет проводит экспертизу психического здоровья граждан, которые считают, что они несправедливо носят диагноз психически больных. Это очень трудное дело еще и потому, что закон (ст. 53) не предусматривает независимой СМЭ. Кроме того, психиатрия сегодня остается полем битвы. С одной стороны на нем люди, которые последние годы стараются создать новое профессиональное сообщество психиатров и преодолеть последствия тех времен, когда психиатрией управляли власти по своему усмотрению, в частности, по политическим обвинениям называли больными здоровых людей и надолго закрывали их в стенах специальных (тюремного типа) психиатрических больниц. С другой стороны - люди, которые сами были причастны к этим политическим злоупотреблениям или теперь по каким-то соображениям пытаются <отстаивать честь отечественной медицины>, отрицая былые грехи. Конечно, у власти сейчас находятся именно эти последние.

В случае всех конфликтов, связанных с независимой экспертизой, их разрешает только суд.

 Судебно-психиатрическая экспертиза больных шизофренией.

Шизофрения (раннее слабоумие, болезнь Блейлера) – прогрессирующее психическое заболевание, проявляющееся различными психопатологическими симптомами – от легких и проходящих до стойких и тяжелых, сопровождающихся изменениями личности в виде снижения психической активности, аутизма, утраты единства психических процессов, нарушения мышления – так называемые шизофренический дефект. Память, интеллект, и приобретенные до болезни знания остаются без значительных изменений. Несмотря на их сохранность, при шизофрении очень часто происходит снижение, а нередко и полная утрата трудоспособности.

Шизофрения относится к хроническим душевным болезням. Отсюда возникло и широко распространилось убеждение, что диагноз шизофрении сам по себе уже непременно означает невменяемость. Например, Д. Р. Лунц (1966) утверждал правомерность отнесения шизофрении к группе заболеваний, сама диагностика которых обусловливает решение о невменяемости. Действительно, по сути дела, вопрос о судебно-психиатрической оценке больных шизофренией практически решался однозначно: за редчайшими исключениями, все больные признавались невменяемыми. Крайне редкие исключения составляли случаи многолетних (15—20 лет) полных ремиссий [Подрезова Л. А., 1983].

Еще в 1923 г. Е. Kahn писал о возможности признания вменяемыми больных шизофренией при остановке процесса с незначительным дефектом. Аналогичная точка зрения неоднократно высказывалась советскими психиатрами [Бунеев А. Н., 1931; Халецкий А. М„. 1938].

Г. В. Морозов (1977) отметил, что в принципе возможность признания больного шизофренией вменяемым не отрицается, но даже при хорошей ремиссии суждение о вменяемости должно выноситься с очень большой осмотрительностью. Только в случаях, если ремиссия была стойкой, многолетней, без выраженных изменений личности, при удовлетворительной социальной адаптации и если психотравмирующая ситуация в связи с привлечением к уголовной ответственности не обусловила каких-либо изменений состояния, внушающих подозрения в отношении возможного рецидива, заключение о вменяемости может быть правомерным. У подростков, перенесших очевидный шизофренический шуб и в последующем в состоянии полной ремиссии совершивших противоправное действие, соответствие всем этим критериям представляется большой редкостью [Личко А. Е., 1985].

У взрослых, больных шизофренией, заключение о вменяемости также выносится весьма редко. Анализ экспертиз Института им. В. П. Сербского показал, что с 1975 по 1980 г. из 2267 больных, которым экспертными комиссиями был поставлен диагноз шизофрении, вменяемыми были признаны только 13, т. е. 0,6 % [Печерникова Т. П., Шостакович Б. В., 1983]. Однако только за 2 года (1978—1979 гг.) в том же институте у 122 больных с «шизофренией в анамнезе» (следует заметить, что это, видимо, не анамнез со слов больных и их родственников, а истории болезни из различных психиатрических больниц, изъятые для проведения экспертизы) диагноз экспертными комиссиями был изменен на психопатию, последствия органического поражения головного мозга и другие непсихотические расстройства, что позволило во время ремиссии признать этих больных вменяемыми. Катамнезы сроком 2—4 года показали, что у 10 % больных диагноз шизофрении пришлось восстановить, а больных экскульпировать [Смирнова Г. Г., 1983].

Подобные изменения диагноза у подростков, если диагноз шизофрении в прошлом документирован историями болезни, не рациональны. При стойкой (более года) хорошей (без выраженных изменений личности по шизофреническому типу) ремиссии, если подросток совершил противоправное действие не по болезненным побуждениям, вполне отдавая отчет в своих действиях, и был способен руководить ими, его следует признать вменяемым без изменения диагноза. При неполных, в частности психопатоподобных, ремиссиях вопрос о вменяемости должен решаться индивидуально. При выраженных психопатоподобных расстройствах, особенно не соответствующих преморбидной акцентуации характера, их сочетании с выраженными неврозоподобными нарушениями, при наличии интравертированности, эмоциональной холодности и неадекватности, стереотипности поведения, противоправные действия обычно совершаются либо по болезненным мотивам, либо вследствие пассивной подчиняемости стеничным лидерам асоциальных компаний, либо больной не отдает себе отчета в содеянном.

При шизоаффективных психозах вменяемость может быть констатирована только при стойких (более года) и полных интермиссиях. Психопатоподобные изменения во время интермиссий могут быть следствием повторных и быстро сменяющих друг друга фаз. Подобные случаи могут быть оценены как «хроническая душевная болезнь», что исключает вменяемость, несмотря на наличие светлых промежутков.

Гораздо труднее оценка делинквентных эквивалентов гипоманиакальных состояний и депрессий. Диагноз шизоаффективного психоза оправдан лишь в тех случаях, когда ранее наблюдались явные маниакальные или депрессивные фазы психотического уровня.

В судебно-психиатрической практике примерно половина испытуемых, признанных невменяемыми, составляют больные шизофренией. Данное обстоятельство свидетельствует о ее большом судебно-психиатрическом значении.

Болезнь начинается чаще всего в возрасте от 15 до 25 лет, что дало повод первоначально назвать ее «раннее слабоумие». Однако она может возникнуть и у лиц моложе 15 лет – детская и подростковая шизофрения или же в зрелом возрасте и старости – поздняя, старческая шизофрения.

Шизофрения отличается многообразием клинических проявлений на всех этапах своего развития – начальном, манифестном, отдаленном и исходном. Среди большого числа свойственных самой болезни расстройств и привходящих факторов основными являются тип течения болезни и особенности характеризующих болезнь симптомов. Оба параметра во многом взаимосвязаны. Правильное их решение способствует разрешению проблем терапии, трудового и социального прогноза. Последний включает и разрешение вопросов, относящихся к компетенции судебной психиатрии.

В зависимости от типа течения болезни, выделяют три основные формы шизофрении: непрерывную, периодическую (реккуретную) и приступообразно - прогредиентную.

Среди большого числа свойственных самой болезни расстройств и привходящих факторов основными являются тип течения болезни и особенности характеризующих болезнь симптомов. Оба параметра во многом взаимосвязаны. Правильное их решение способствует разрешению проблем терапии, трудового и социального прогноза. Последний включает и разрешение вопросов, относящихся к компетенции судебной психиатрии.

Непрерывная шизофрения. В зависимости от степени тяжести (прогредиентности) выделяют злокачественную, умеренно прогредиентную, вяло протекающую шизофрению.

Злокачественная шизофрения. Начинается в детском, подростковом, но чаще всего в юношеском возрасте.

Среди заболевших мужчины встречаются в три раза чаще, чем женщины. Первыми симптомами болезни являются исподволь нарастающие личностные изменения. Снижаются, а затем и совсем исчезают прежние привязанности, теряются друзья и знакомые. В отношении к близким, наряду с углубляющимся равнодушием проявляются раздражение, неприязнь, грубость, вплоть до тупой злобы. Нередко больные говорят о родителях как о свои злейших врагах. Одновременно теряется интерес к окружающему, исчезает юношеская любознательность. Проявляющиеся вялость и пассивность сказываются на прогрессивно, иногда катастрофически , падающей школьной успеваемости. Стремление некоторых больных компенсировать низкую психическую продуктивность упорными, даже изнурительными по затраченным силам, занятиями успеха не имеют.

Такая психическая несостоятельность может сопровождать появлением до тех пор отсутствующих интересов: больные начинают бессистемно читать философские или религиозные книги – так называемая религиозная интоксикация; обращают свое внимание на дисциплины, изучаемые в вузах; разрабатывают собственные методы физического и духовного совершенствования или - же обращаются с этой целью к различным религиозно-философским учениям; с необычайным упорством стремятся к коллекционированию и т.д. Особенность всех этих занятий состоит в том, что они непродуктивны и ничем не обогащают заболевшего. Его личность приостанавливается в своем развитии.

На фоне первичных личностных изменений могут возникать отдельные продуктивные симптомы. В судебно-психиатрическом отношении наиболее важными в этот начальный период болезни являются психопатоподобные симптомы с расстройствами влечений – употребление алкоголя и различных наркотических средств, воровство, сексуальные эксцессы, бродяжничество.

В тех случаях, когда преобладают перечисленные выше негативные расстройства – личностные изменения, а такие симптомы, как бред, галлюцинации и тому подобные нарушения, отсутствуют или эпизодичны, говорит о простой форме шизофрении.

Чаще происходит дальнейшее усложнение заболевания, наступающее через один - четыре года после его начала. Появляются галлюцинаторные, бредовые, аффективные и кататоничекие расстройства. Их характеризует одна основная черта – они неразвернуты (рудиментарны) и , наслаиваясь при своем развитии друг на друга, зачастую делают невозможным определить, какое же из всех расстройств является преобладающим. Два – три года, редко более продолжителен манифестные период болезни и наступает и наступает мало изменчивое конечное состояние, определяющееся эмоциональной тупостью и остаточными позитивными симптомами. Больные злокачественной шизофренией пока в значительном большинстве случаев являются постоянными обитателями психиатрических больниц.

Противоправные действия совершаются больными, страдающими злокачественной шизофренией, преимущественно на начальном этапе болезни и значительно реже в тот период, когда начинают появляться собственно психотические расстройства – бред, галлюцинации и т.п. Особенности начального этапа во многом определяют и характер противоправных действий: чаще всего это хулиганские поступки, связанные с расстройствами влечений. Именно совершение деликта, нередко впервые, приводит таких больных к врачу. Иногда же больные совершают тяжкие общественно опасные поступки, например убийства. В ряде случаев в их основе лежат выраженные изменения личности и импульсивные действия.

Умеренно прогредиентная (параноидная, бредовая) шизофрения. Возникает ближе к среднему возрасту – в 25-30 лет. Развивается постепенно, особенно в первые годы. Исподволь и незаметно появляется бред отношения (смотрят, насмехаются, хотят плохого, подстраивают). Иногда с самого начала это бред отравления, бред ревности, ипохондрический или любовный бред. Постепенно систематизируясь и расширяясь, первоначально возникшие бредовые идеи принимают форму в большей или меньшей степени систематизированного бреда преследования (паранойяльный этап). Внешним проявлением систематизации бреда являются не только высказывания больных, из которых можно выяснить, кто, как и почему хочет им зла, но и характер их действий. Появляется так называемая бредовая защита – меры, предпринимаемые больными для самозащиты от мнимых преследователей. Вначале чаще всего больные пытаются избежать предполагаемой опасности. Меняются маршруты передвижения, места работы и жительства, ограничиваются контакты с окружающими (симптом пассивного преследуемого - преследователя). В последующем, а иногда и одновременно с появлением бредовых идей больные начинают писать письма в различные общественные организации или же посещают их лично, прося оградить от недоброжелательного или враждебного отношения. При дальнейшей систематизации бреда появляется точное знание того, кто хочет больному зла (симптом персонификации). В этот период бредовая защита может измениться – больные сами нападают на предполагаемых врагов (симптом активного преследуемого - преследователя). Нападения осуществляются самыми различными способами – от словесных до попыток насильственного уничтожения «противника».В период заболевания, сопровождаемого бредовой защитой, больные наиболее опасны для окружающих. Далеко не всегда защитные действия начинаются с пассивной обороны. Опасность противоправных действий бредовых больных усиливается еще и тем, что на начальном этапе болезни изменения личности сравнительно невелики и состоят лишь в замкнутости, повышенной ранимости, сужении круга интересов при одновременно удовлетворительной и даже хорошей работоспособности. Больные подозрительны, насторожены, и если говорят о болезненных расстройствах, то лишь отдельными фразами или неопределенными намеками. Окружающие воспринимают это как признаки неуживчивости и дурного характера.

В других случаях параноидная шизофрения начинается с неврозоподобных или психатоподобных расстройств, к которым позже присоединяется систематизация бреда различного содержания, а также явления бредовой защиты.

Начальный этап продолжается самые различные сроки: от 2-3 лет до 10-20 лет.

Следующий этап болезни характеризуется присоединением к бреду симптомов психического автоматизма – синдрома Кандинского - Клерамбо. Усложнение болезни протекает с выраженной тревогой, страхом, чувством грозящей опасности, отчетливой растерянностью, периодами возбуждения, отдельными кататоническими симптомами. В дальнейшем симптомы обострения сглаживаются и на первый план выступают или разнообразные проявления психического автоматизма, в первую очередь псевдогаллюцинации, или же различные по содержанию бредовые идеи, а психический автоматизм остается неразвернутым. На втором этапе болезни симптом бредовой защиты также выражен отчетливо и сохраняется годами. Особенно он постоянен в тех случаях, когда идеи преследования сочетаются с бредом ревности, или ипохондрическим бредом, которые соотносятся с конкретными лицами. Чаще противоправные действия совершаются в период перехода болезни во второй этап, на фоне обострения симптомов психоза.

В дальнейшем может произойти усложнение клинической картины появлением бреда величия. При этом содержание бредовых и галлюцинаторных расстройств становится фантастическим (парафренный этап болезни). Прежняя бредовая система начинает распадаться, психические автоматизмы усиливаются в своей интенсимвности и становятся более разнообразными. В прошлом у таких больных со временем возникала шизофазия – речевая разорванность при которой бессвязный набор слов высказывался в отдельных как будто грамматически верно построенных фразах. В настоящее время благодаря лечению подобный исход встречается редко. Общественно опасные действия могут совершатся и на этих отдаленных этапах болезни.

Болезнь может стабилизироваться на любом из этапов. Исходные состояния параноидной шизофрении менее тяжелы чем при злокачественной. Многие из больных параноидной шизофренией после лечения могут проживать дома, если им постоянно проводится терапия. Нередко у них частично сохраняется трудоспособность.

Вялопротекающая шизофрения. По особенностям симптомов многие случаи этого заболевания напоминают неврозы и психопатии. Развитие начала болезни медленное и незаметное, падает обычно на пубертатный возраст и по своим проявлениям может напоминать то, что часто встречается в этом периоде: неустойчивое настроение, повышенная ранимость, сочетающаяся с заносчивостью, стремление отстаивать свои права, оппозиция по отношению к окружающему, самоанализ. При шизофрении все это резко усилено, продолжительно и нарушает адаптацию. Одновременно возникают и такие несвойственные нормальному пубертатному периоду симптомы, как расстройства мышления в форме его обрывов, наплывов мыслей, параллельно текущих мыслей. Они усиливаются при умственном напряжении, значительно ухудшая работоспособность. Возникает отчуждение от родных и знакомых, падает интерес к происходящему. В связи с развивающимся аутизмом начинает превалировать внутренняя душевная жизнь. Могут появиться совершенно новые интересы и увлечения, носящие отвлеченный характер – философическая интоксикация. Однако эти расстройства, по сравнению с теми, что проявляются у больных злокачественной шизофренией выражены слабее и не являются доминирующими. На этом фоне возникают различные психические расстройства, особенностью которых является их сравнительная бедность и малая изменчивость на протяжении многих лет. Медленное развитие болезни позволяет больным длительно сохранять социальную адаптацию.

Больные с неврозоподобными расстройствами (навязчивостями, астенией, истерическими проявлениями) редко совершают противоправные действия.

Иначе обстоит дело, когда вялопротекающая шизофрения сопровождается отчетливыми психопатоподобными симптомами. Наличие таких свойств, как возбудимость, раздражительность, злобность, неустойчивость к влиянию среды, внушаемость, склонность к расстройствам настроения по типу дисфорсий, сочетающихся с эмоциональным снижением, является благоприятной почвой для совершения самых различных, в первую очередь направленных против общественного порядка, в основном хулиганских, антисоциальных действий. Криминогенность таких больных резко усиливается под воздействием внешних дополнительных вредностей, среди которых первое место принадлежит алкоголю. В состоянии алкогольного опьянения больные могут совершать самые разные, в том числе и тяжкие преступления.

Особое место среди больных с вялопротекающей шизофренией с психопатоподобными симптомами занимают так называемые гебоиды. Среди них преобладают мужчины. У этих больных всегда резко нарушена эмоциональность, в связи с чем раньше их относили в группу «нравственно помешанных». Неспособные к сколь-нибудь продолжительному труду, большинство таких больных вскоре после заболевания начинают вести иждивенческий образ жизни. Нередко у них появляется неодолимая потребность в бродяжничестве. Склонность к асоциальным поступкам у них также велика. Исследования последних лет показали, что в большей части случаев шизофрения с гебидными расстройствами представляет собой не хронически текущее заболевание, а многолетний стертый приступ и при своевременно начатом лечении можно предотвратить те последствия, оторые часто встречаются у таких лиц, когда они остаются вне стен больниц (развитие симптоматического алкоголизма).

Паранойяльная шизофрения. Исчерпывается на всем своем протяжении моно- или политематическим бредом (ревности, изобретательства, преследования, ущерба, сензитивным бредом отношения, ипохондрического, религиозного, сутяжного или эротического характера). Как правило, бредовые расстройства, начина со второй половины жизни с легкими гипоманиакальными и субдепрессивными изменениями настроения, которые всегда влекут за собой усиление бредовых идей, появление или усиление бредовой активности, в том числе и расстройств типа «преследуемого - преследователя». Болезнь развивается очень медленно, в связи с чем профессиональные и иные возможности больных вначале страдают мало, а в тех случаях, когда преобладают стойкие и легкие гипоманиакальные расстройства, их деятельность оказывается даже высокой. Правда, со временем, при постепенно нарастающих изменениях личности, повышенная работоспособность начинает касаться в основном не профессии, а дел, имеющих непосредственное отношение к бреду: изыскание способов разоблачения «измен» жены и жалобы на ее мнимых поклонников; многочисленная переписка и обращения с ходатайствами уже не о внедрении своего изобретения, а о наказании тех, кто этому помешал; разработка мер защиты собственного имущества и постоянные тяжбы со своими мнимыми обидчиками и т.д. При паранойяльной шизофрении, особенно в группе изобретателей и сутяг, встречаются больные с такими изменениями личности, которые окружающими могут воспринимать как проявление чувства оригинальности. В других, более многочисленных случаях на первый план выступают психопатоподобные изменения (упрямство, раздражительность, утрированный педантизм, склонность к возбудимости, злопамятность, придирчивость). В далеко зашедших случаях бред начинает постепенно распадаться.

По своей высокой криминогенности больные паранойяльной шизофренией стоят близко к группе лиц, у которых имеется вялопротекающая шизофрения с психопатоподобными расстройствами.

Периодическая (реккурентная) шизофрения. Протекает в форме приступов, сменяющихся ремиссиями т.е. состояниями с достаточно полным исчезновением всех позитивных расстройств вплоть до абсолютной их редукции, с незначительными изменениями личности. Эти изменения в первые годы болезни могут совсем отсутствовать. Среди больных преобладают женщины. Приступы могут определяться самыми различными синдромами: аффективными (депрессивным и маниакальным), в форме образного бреда различной структуры, в форме онеройдной катонии. Обычно первые приступы развиваются в определенной последовательности и в ряде случаев при повторном возврате болезни сохраняют прежнюю структуру. Однако часто повторные приступы возникают с изменением симтоматологии как в сторону ее усложнения, так и в сторону ее упрошения.

В развитии приступов руккурентной шизофрении можно выявить определенную последовательность появления нарушений. Первыми возникают аффективные. Пониженное настроение всегда сочетается с тревогой, обидчивостью, слезливостью. Гипоманиакальные состояния сопровождаются восторженностью, умилением, чувством прозрения. Противоположенные по структуре аффективные проявления могут сменять друг друга. На протяжении коротких отрезков времени интенсивность аффективных расстройств подвержена значительным колебаниям. При углублении болезни начинают преобладать тревога и страх либо восторженное состояние. Нарастает двигательное возбуждение или, напротив, появляется заторможенность. В дальнейшем возникает различный по своей структуре образный бред. В своем следующем развитии бред изменяется в сторону нарастания фантастического содержания. Он окрашивает наплывы воспоминаний прошлого, приобретенные знания, происходящее вокруг. Если раньше у больного преобладало состояние повышенной подвижности, то теперь оно часто сменяется состоянием обездвиженности и, наконец, на высоте приступа развивается ступор с онеройдным помрачением сознания.

Приступ реккурентной шизофрении может остановить в своем развитии на любом этапе. Если все ограничивается только появлением аффективных расстройств, то говорят о циркулярной шизофрении; в случаях преобладания депрессивных расстройств и депрессивных форм бреда, а также острого бреда – о депрессивно-паранойяльной шизофрении: при развитии ступора с онеройдом – об онеройдной катонии.

Частота приступов различна – от одного на протяжении всей жизни до многих десятков, захватывающих большую часть жизни больного. В последнем случае. В последнем случае болезнь может протекать с непрерывной сменой приступов, с противоположенным по структуре аффектом. Иногда болезнь протекает в форме серии приступов, иногда приуроченных к определенным возрастным периодам, например к пубертатному и юношескому; возрасту обратного развития.

Особенности ремиссий зависят от многих факторов, в первую очередь от частоты и струтуры приступов.. Чем приступы чаще и сложнее, рем ремиссии хуже, и наоборот. Обычно изменения личности при реккурентной шизофрении возникают лишь после ряда приступов. Они проявляются снижением активности и сужением круга интересов, которые все больше начинают ограничиваться домом и семьей, появляется замкнутость, повышенная ранимость и подчиняемость близким. Как правило, сохраняется чувство своей болезненной изменчивости. Из продуктивных расстройств в ремиссиях встречаются очень легкие гипоманиакальные или субдепрессийвные расстройства.

Приступообразно-прогредиентная шизофрения. Эта форма определяетсявозникновением приступов самой различной структуры с наличием в доманифестном периоде и с сохранением в межприступных промежутках всех тех расстройств, которые встречаются при вялопротекающей шизофрении.

В доманифестном периоде могут отмечаться неврозоподобные расстройства. Среди последних для судебной психиатрии имеют наибольшее значение состояния с аффективной неустойчивостью, возбудимостью, различными расстройствами влечений, сутяжным поведением, бредовой настроенность. Спустя различные периоды времени, колеблющиеся в пределах 2 – 3 – 10 – 20 и более лет, на фоне перечисленных симптомов возникают острые психозы, напоминающие те, которые встречаются при реккурентной шизофрении. Их отличие состоит в том, что помимо свойственных реккурентной шизофрении расстройств здесь постоянно встречаются такие симптомы, которые при периодическом течении или отсутствуют вовсе, или же появляются в редуцрованном виде на отдаленных этапах болезни. Такими синдромами являются: острый вербальный галлюциноз, развернутый синдром Кандинского – Клерамбо, состояния остро возникающего интерпретативного бреда, выраженные и продолжительные кататонические расстройства без онейроидного помрачения сознания, парафренные состояния. Кроме того, при приступобразно – прогредиентной шизофрении определяющие приступ расстройства возникают без всякой последовательности, хаотично. Чем сложнее приступ, тем он обычно продолжительнее. Бывают приступы продолжительность в несколько лет.

Течение болезни может проходить с усложнением клинической картины, и по своим особенностям она тогда приближается к непрерывно текущей шизофрении. При регредиентном течении на первый план часто выступают аффективные и психопатоподобные расстройства.

В ремиссиях, в том числе и в случая с упрощением клинической картины, сохраняется тенденция к нарастанию удельного веса психопатоподобных и бредовых расстройств. Изменения личности при этом типе течения болезни могут отличаться очень большим диапазоном: они могут быть близки к тем, которые встречаются при реккурнтной шизофрении, а могут быть сходны с теми которые проявляются при ее непрерывном течении.

Криминогенность больных страдающих реккурентной и приступообразно-прогредиентной шизофренией в период манифестного психоза сравнительно невысока, так как они в подавляющем числе случаев своевременно направляются в психиатрические больницы. Совершение общественно опасного действия такими больными возможно в самом начальном периоде заболевания при наличии таких расстройств как растерянность, острый чувственный бред, психические автоматизмы, двигательное возбуждение с импульсивными действиями на фоне тревоги или страха.

Подавляющее число противоправных действий совершается больными реккурентной и особенно приступообразно-прогредиентной шизофренией в периоды ремиссий.

Наряду с приведенными выше формами течения шизофрении психиатры пользуются следующей классификацией форм.

Простая форма шизофрении определяется преобладание негативных расстройств, в то время как позитивные симптомы рудиментары и кратковременны; гебефреническая шизофрения – длительно существующей дурашливостью, длительными кататоническими и галлюцинаторно-бредовыми расстройствами. Кататоническая форма шизофрении включает в себя случаи злокачественной шизофрении с преобладанием кататоничесих симптомов; параноидная шизофрения – бредовый и галюцинаторный варианты умеренно прогредиентной шизофрении. Циркулярная шизофрения определяется преобладанием маниакальных или депрессивных расстройств. Все эти формы шизофрении выделены на основании доминирующего на момент исследования расстройства и не учитывают особенностей развития болезни.

Шизофрения, для которой медленное начало и постепенное развитие типичны и во многом определяют интимное развитие личности в оформлении проявлений болезни, связана с пограничными состояниями сложными и многосторонними отношениями. Они находят выражение в существовании тесной связи болезненных проявлений с преморбидными особенностями больных. Они выражаются также в существовании широкого «шизофренического спектра» патологических состояний и изменений нормальных параметров развития личности, которые проявляются в различных эпизодах, динамике шизоидии. Очерченное начало, часто совпадающее с определенными возрастными периодами, как в условиях возникновения, так и в формах проявления не всегда содержит опорные пункты для отграничения от астенических реакций, невротических состояний, искаженного проявления свойственных этим периодам кризисов и от формирующихся психопатий. Предлагаемые для этого критерии от части основаны на субъективной интерпретации причинно - следственных зависимостей и неубедительны, отчасти отражают своеобразие почвы, заключенной в конституциональных особенностях больного. Можно считать доказанным, что в продромальном периоде шизофрении и при неврозах и аномальных реакциях сходные картины во многих случаях совершенно неразличимы, а иногда приходится говорить не только о тождестве симптоматики, но и близости механизмов е возникновения.

Наряду с приведенными выше формами течения шизофрении психиатры пользуются следующей классификацией форм.

Простая форма шизофрении определяется преобладание негативных расстройств, в то время как позитивные симптомы рудиментары и кратковременны; гебефреническая шизофрения – длительно существующей дурашливостью, длительными кататоническими и галлюцинаторно-бредовыми расстройствами. Кататоническая форма шизофрении включает в себя случаи злокачественной шизофрении с преобладанием кататоничесих симптомов; параноидная шизофрения – бредовый и галюцинаторный варианты умеренно прогредиентной шизофрении. Циркулярная шизофрения определяется преобладанием маниакальных или депрессивных расстройств. Все эти формы шизофрении выделены на основании доминирующего на момент исследования расстройства и не учитывают особенностей развития болезни.

В тех случаях, когда клиническая картина психоза и отчетливые изменения личности в период ремиссии не вызывают сомнения в отношении диагноза шизофрении, затруднений в судебно-психиатрической оценке не возникает. Больные, совершившие правонарушения в таких состояниях, признаются невменяемыми. Если заболевание началось в период следствия или в период нахождения в местах лишения свободы, то больные освобождаются от наказания, хотя в отношении инкриминируемого деяния они могут считаться вменяемыми. Таких больных по решению суда направляют на принудительное лечение в психиатрические больницы. Вопрос значительно усложняется, когда правонарушение совершено в период стойкой ремиссии без отчетливых изменений характера лицом, перенесшим в прошлом несомненно шизофренический приступ психоза.

На этот счет существует следующая точка зрения. Если глубока ремиссия без заметных личностных изменений продолжительна, больные хорошо социально адаптированы, если у них в условиях психотравмирующих ситуаций, в том числе связанных с правонарушением, не возникает ухудшения состояния, то они признаются вменяемыми. Однако практика показывает, что именно такие лица реже всего совершают преступления. Обычно же эксперты-психиатры обнаруживают те или иные изменения личности и легкие позитивные расстройства. Поэтому подавляющее число больных шизофренией, совершившие правонарушение в период ремиссии, признаются невменяемыми.

Больные шизофренией могут прибегать к симуляции и диссимуляции психических симптомов. Последнее чаще может наблюдать у больных с бредовыми и депрессивными состояниями. Такие лица всячески пытаются доказать свое психическое здоровье, предпочитая нести ответственность за совершенное деяние, чем быть признанными больным.

Изредка психически здоровые лица пытаются симулировать шизофрению.

Трудности при распознавании шизофрении возникают на инициальных ее этапах, а также при вялом ее течении, когда преобладают неврозо- и психопатоподобные расстройства или же паранойяльный бред. В этих случаях недооценивается степень изменения личности и часто переоценивается значение бредовых и психотравмирующих факторов. Признанные вменяемыми такие лица могут долгое время находиться в местах лишения свободы, отбыть наказание, а затем, вследствие боле повторно совершить общественно опасное деяние.

Нередко больные шизофренией проходят судебно-психиатрическую экспертизу в связи с гражданскими делами, когда решаются вопросы об их дееспособности и соответственно опеки. Необходимость охраны прав душевнобольных и задачи профилактики опасных действий с их стороны определяют значение этих экспертиз. Обычно судебно-психиатрическую экспертизу в связи с гражданскими делами проходят больные, страдающие вялотекущей шизофренией, либо находящиеся в состоянии ремиссии. Между экспертными показателями вменяемости и дееспособности в некоторых случаях возможно расхождение. Вопрос о дееспособно ставится в отношении более широкого клинического контингента, так как способность понимать значение своих действий и руководить ими сохраняется в ряде случаев невыраженного шизофренического дефекта. Особенности клиники шизофрении, возможность удовлетворительной социальной адаптации больных и особые требования, предъявляемые к субъекту различных видов правоотношений вызывают необходимость дифференцированной оценки больных применительно к разным правовым актам. Здесь необходима максимальная осторожность, так лишение больного юридических прав может резко нарушить его профессиональную и социальную адаптацию и как следствие свести на нет результаты лечебного воздействия.

Исключительно важным при судебно-психиатрической экспертизе больных шизофренией является вопрос о разграничении психической патологии и психического здоровья, определение степени выраженности отклонений психики от нормы. Как следствие патоморфоза (изменение клиники и течения ) психических болезней многие психозы, и в том числе такое распространенное психическое заболевание как шизофрения протекают теперь во многих случая в регистратах пограничных расстройств, в частности неврозоподобных и психопатотоподобных, с достаточно хорошей социальной адаптацией больных что усугубляет их диагностику и оценку в плане разграничения нормального и патологического и степени выраженности нарушений.

Новые задачи теории и практики социально-трудовой реабилитации больных шизофренией, внимание российской юстиции к личности преступника и его правовым гарантиям, достижения в области генетики, эволюционной теории – все это стимулировало выдвижение новых современных актуальных проблем российской судебной психиатрии имеющих междисциплинарный характер и связанных в контекстах с проблемой разграничения нормы и патологии у больных шизофренией.

Страдающие шизофренией выделяются наибольшей частотой и тяжестью совершаемых ими противоправных деяний. Как следствие патоморфоза и других факторов сохранность у многих больных психических функций и способностей к социальной адаптации к моменту экспертизы при наличии в прошлом официально установленного диагноза шизофрении усугубляет трудности экспертной оценки данных случаев. При этом в первую очередь возникает необходимость тщательной дифференциальной диагностики в плане отграничения вялотекущих форм шизофрении от сходных психопатических состояний. Наличие текущего процесса неизменно влечет за собой, несмотря на внешне сохранное поведение больных, в той или иной степени выраженные присущие шизофрении расстройства мышления и эмоционально-волевой сферы, которые могут затруднять способность таких лиц руководить своими действиями и отдавать отчет в них. В то же время возникающие под влиянием медикаментозной терапии стойкие длительные ремиссии с мало выраженными признаками дефекта без какой-либо патологии мотивации с адекватной оценкой содеянного могут трактоваться как практическое выздоровление.

Сложны в плане разграничения нормального и патологического и декомпенсации у психопатических личностей, психопатические реакции. Основные трудности в таких случаях обычно связаны с определением степени патологических изменений психики. Наиболее распространенным пока методом их выявления является клиническая оценка, основанная на описательных характеристиках, накопленном опыте.

При анализе обширной литературы обращает внимание, что разграничение нормального и патологического в поведении больных шизофренией основывается скорее на эмпирическом описании, чем на теоретической основе. Нередко по внешней сходству или различию проводится аналогия между патологией и нормой, допускается так называемое психологизирование, истолкование психического состояния обследуемых исходя из собственного житейского опыта и здравого смысла. Многое при этом определяется также индивидуальным складом ума.

В судебной психиатрии к одной их ведущих относится проблема общественной опасности больных. Достаточно полное раскрытие ее содержания является краеугольным камнем в построении эффективной работы по профилактике опасных действий страдающих шизофренией. В этом плане психиатра интересует главным образом опасность установок личности заболевшего и критерии их своевременного обнаружения для осуществления целенаправленных лечебно-восстановительных мероприятий.

В юридических науках общественно опасное поведение противопоставляется социально приемлемому как синониму нормального. Понятие общественной опасности имеет относительных характер, так как это связано с конкретным обществом, его политической, экономической и культурной структурой. Общественные интересы лежат в основе системы ценностей и норм, призванной обеспечить порядок.

Современный патоморфоз шизофрении открывает дополнительные возможности для широкого круга медикаментозных и социальных воздействий в целях восстановления психического функционирования на адаптивном уровне и ставит актуальные задачи изучения различных защитно-приспособительных механизмов.

Полученные в реабилитационном отделении института им. Сербского данные показывают, что на психологическом уровне истоки антисоциальных проявлений обнаруживаются в деформации системы ценностных ориентаций, складывающейся в основном в детском возрасте под влиянием микросоциальной среды, главным образом в семье. Частые у таких больных экзогенно-органические вредности предрасполагают к формированию личностных аномалий, препятствую социальному наследованию привычных норм поведения.

Следует подчеркнуть, что чрезвычайная сложность проблемы нормы и патологии в отношении больных шизофренией при их судебно-психиатрической экспертизе не допускает однозначных определений и подходов к ее рассмотрению. Из изложенного выше очевидна многоаспектность данной проблемы, динамичность ее интерпретации, связанная с поступательным развитием комплекса наук о человеке. Понятия нормы и патологии по отношению к медицине и особенно к судебной психиатрии выступают как категории оценочные, динамичные. Вопросы дифференциальной диагностики, определения степени выраженности патологических изменений личности, адаптивных форм поведения применительно к экспертизе страдающих шизофренией могут продуктивно решаться на основе комплексных подходов при обязательном изучении объективного анамнеза с учетом динамики жизни и болезни обследуемого, а также роли внешних условий. При этом оценка состояния индивидуума будет наиболее оптимальной с нескольких точек зрения: клинической, психологической, социальной, юридической.

Комплексное изучение объекта не имеет в виду получение мозаики фактов. Речь идет о том, чтобы с использованием соответствующих понятий и методов, определяемых конкретными целями и задачами каждой экспертизы, получить целостное представление об объекте.

Больные шизофренией могут прибегать к симуляции и диссимуляции психических симптомов. Последнее чаще может наблюдать у больных с бредовыми и депрессивными состояниями. Такие лица всячески пытаются доказать свое психическое здоровье, предпочитая нести ответственность за совершенное деяние, чем быть признанными больным.

Изредка психически здоровые лица пытаются симулировать шизофрению.

Трудности при распознавании шизофрении возникают на инициальных ее этапах, а также при вялом ее течении, когда преобладают неврозо- и психопатоподобные расстройства или же паранойяльный бред. В этих случаях недооценивается степень изменения личности и часто переоценивается значение бредовых и психотравмирующих факторов. Признанные вменяемыми такие лица могут долгое время находиться в местах лишения свободы, отбыть наказание, а затем, вследствие боле повторно совершить общественно опасное деяние.

Нередко больные шизофренией проходят судебно-психиатрическую экспертизу в связи с гражданскими делами, когда решаются вопросы об их дееспособности и соответственно опеки. Необходимость охраны прав душевнобольных и задачи профилактики опасных действий с их стороны определяют значение этих экспертиз. Обычно судебно-психиатрическую экспертизу в связи с гражданскими делами проходят больные, страдающие вялотекущей шизофренией, либо находящиеся в состоянии ремиссии. Между экспертными показателями вменяемости и дееспособности в некоторых случаях возможно расхождение. Вопрос о дееспособности ставится в отношении более широкого клинического контингента, так как способность понимать значение своих действий и руководить ими сохраняется в ряде случаев невыраженного шизофренического дефекта. Особенности клиники шизофрении, возможность удовлетворительной социальной адаптации больных и особые требования, предъявляемые к субъекту различных видов правоотношений вызывают необходимость дифференцированной оценки больных применительно к разным правовым актам. Здесь необходима максимальная осторожность, так лишение больного юридических прав может резко нарушить его профессиональную и социальную адаптацию и как следствие свести на нет результаты лечебного воздействия.

Согласно УК РФ, суд может определить принудительное лечение в психиатрической больнице специального или общего типа. Для подростков обычно назначается второе. В. А. Гурьева (1980) рекомендовала проводить это лечение в подростковых отделениях психиатрических больниц, где более квалифицированно может быть осуществлена реабилитация. Однако если совершенные общественно опасные действия были сопряжены с тяжелой агрессией или имеются выраженные садистские или гомосексуальные наклонности, принудительное лечение лучше осуществлять в отделениях для взрослых.

Суд не устанавливает срока принудительного лечения. Однако больные, находящиеся на принудительном лечении, не реже, чем 1 раз в 6 мес, должны освидетельствоваться компетентной комиссией, которая может дать заключение о возможности прекращения принудительного лечения, но решение о его отмене принимает только суд. Основанием для подобного заключения может быть стойкая хорошая ремиссия (не обязательно полная, но, безусловно, открывающая возможности для удовлетворительной социальной адаптации и при отсутствии признаков, указывающих на вероятность скорого рецидива). В ответственных случаях рекомендуется прервать поддерживающее лечение и проследить в течение 2—3 нед за картиной «реакции отмены».

Библиография.

1.Абрамова Л. И., Цуцульковская М. Я., Элиава В. Н. К вопросу о типологии конечных состояний юношеской злокачественной шизофрении (клинико-катамнестическое исследование).— Журн. невропатол. и психиатр., 1982, т. 82, в. 4, с. 579—585.

2.Авруцкий Г. Я., Недува А. А. Лечение психически больных.— М.: Медицина, 1981, 496 с.

3.Александров А. А., О преморбидных особенностях характера у подростков с вялотекущей шизофренией.— В кн.: Патохарактерологические исследования у подростков. Л., 1981, с. 97—102.

4.Башина В. М. Катамнез больных ранней детской шизофренией (ее неблагоприятного варианта).— Журн. невропатол. и психиатр., 1986, в. 10, с. 1522—1527.

5.Беляев Б. С. О клинических особенностях алкоголизма у больных с гебоидной формой шизофрении.— Журн. невропатол. и психиатр., 1977, в. 3, с. 557—563.

6.Беспалько И.Г. «О системном подходе к анализу соотношения патологии и нормы в судебной психиатрии»// Теоретико-методологические аспекты пограничной психиатрии; труды Санкт-Петербургского научно-исследовательского института им В.М. Бехтерева;

7.Воловик В.М. «Пограничные состояния и начало шизофрении»// Теоретико-методологические аспекты пограничной психиатрии; труды Санкт-Петербургского научно-исследовательского института им В.М. Бехтерева;

8.Шумаков В.М., Свириновский Я.Е. «О комплексном подходе к разграничению понятий нормы и патологии применительно к некоторым задачам судебной психиатрии»;

9.Шерешевский А.М., Журавель В.А. «Значение критериев нормы и патологии для развития внебольничной психиатрии в России».

10.Учебник «Судебная психиатрия» для студентов обучающихся по специальности юриспруденция; под ред. Морозова Г.В.;

11.Учебник для студентов-юристов «Судебная психиатрия».