

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ

Харківський національний університет внутрішніх справ

**Кафедра кримінального процесу, криміналістики та експертології
Факультет № 6**

ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ

з навчальної дисципліни «Судова медицина та психіатрія»
вибіркових компонент освітньої програми першого (бакалаврського) рівня
вищої освіти
Спеціальність: 081 «Право»

**за темою – СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНА ОЦІНКА ПСИХІЧНИХ
РОЗЛАДІВ, ЩО МАЮТЬ ЮРИДИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ**

Харків 2023

ЗАТВЕРДЖЕНО

Науково-методичною радою
Харківського національного
університету внутрішніх справ
Протокол від 30.08.2023 р. № 7

СХВАЛЕНО

Вченою радою факультету № 6
Протокол від 25.08.2023 р. № 7

ПОГОДЖЕНО

Секцією науково-методичної ради
ХНУВС з юридичних дисциплін
Протокол від 29.08.2023 р. № 7

Розглянуто на засіданні кафедри кримінального процесу, криміналістики та експертології факультету № 6. Протокол від 21.08.2023 року № 7

Розробник:

Доцент кафедри кримінального процесу, криміналістики та експертології факультету № 6, кандидат психологічних наук, доцент Лозова С.М.

Рецензенти:

Голова Київського районного суду м. Харкова, доктор юридичних наук, доцент Шаренко С.Л.

Професор кафедри криміналістики, судової експертології та домедичної підготовки факультету № 1 Харківського національного університету внутрішніх справ, доктор юридичних наук, професор Степанюк Р.Л.

План лекції

1. Хронічні психічні розлади.
2. Тимчасові психічні розлади.
3. Слабоумство
4. Інші хворобливі стани.

Література:

1. Білецький Є.М. Судова медицина та судова психіатрія: Навч. посібник. - Х.: Одисей, 2008. - 200 с. URL: https://library.nlu.edu.ua/POLN_TEXT/KNIGI-2011/SUD_MED_2003.pdf
2. Жабокрицький С.В. Судова психіатрія: Навч. посібник. - К.: МАУП, 2004. - 173 с. URL: <https://scicenter.online/kniga-ukraine-sudoproizvodstvo-scicenter/sudova-psihiatriya-navch-posib-jabokritskiy.html>
3. Левенець І. В. Судова психіатрія: Навчальний посібник. – Тернопіль: Економічна думка, 2005. – 275 с. URL: http://library.wunu.edu.ua/files/EVD/np_sud_psyhiatria_ui.pdf
4. Лозова С. М. Особливості розслідування суспільно небезпечних діянь, учинених особами з психічними захворюваннями або тимчасовими розладами психіки // [Теорія та практика судової експертизи і криміналістики](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Tpsek_2014_14_18). - 2014. - Вип. 14. - С. 106-112 URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Tpsek_2014_14_18
5. Лозова С.М. Особливості вивчення особистості злочинця з психічними аномаліями в процесі розслідуванні зґвалтування // Вісник Харківського національного університету внутрішніх справ, № 3 (70), 2015, с. 68-74 URL: <http://dspace.univd.edu.ua/xmlui/handle/123456789/390>
6. Судова медицина та психіатрія: навч. посібник / [Кікінчук В.В., Лозова С.М., Гусева В.О. та ін.]; МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ. – Харків, 2019. – 184 с. URL: <http://dspace.univd.edu.ua/xmlui/handle/123456789/6323>
7. Тагаєв М.М. Судова медицина: підручник ВНЗ МВС України. Харків: «Факт», 2003. 1253 с. URL: https://kingmed.info/knigi/Sudebnaya_meditcina/book_3168/Sudebnaya_meditcina-Tagaev_NN-2003-pdf
8. Цільмак О.М. Судово-психіатрична експертиза: навчальний посібник. [Текст] / О.М. Цільмак. – Одеса : 2014. – 104 с. – з іл. URL: <http://dspace.onua.edu.ua/bitstream/handle/11300/12969/Tsilmak%20SPE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Щербаковський М. Г. Судова експертологія: Навчальний посібник. – Х.: Вид-во Харк. нац. ун-ту внутр. справ, 2008. – 192 с. URL: <https://studfile.net/preview/7249841/>
10. Щербаковський М. Г. Проведення та використання судових експертиз у кримінальному провадженні : монографія. Харків : В деле, 2015. 560 с. URL: <http://dspace.univd.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/6020/Provedenni>

Текст лекції

1. Хронічні психічні розлади.

Шизофренія в перекладі з грецького означає «розщеплення психіки» – втрата єдності психічної діяльності. Іншими словами, шизофренія призводить до розщеплення мислення, зниження, а також іноді перекручення емоційних і вольових виявів. У цьому і полягають ті зміни, які вносить дане захворювання в особистість хворого. Є достовірні дані про значення спадкової схильності при захворюванні на шизофренію, однак причина її виникнення дотепер невідома.

Дана патологія зустрічається у 1–2 % людей. Далеко не у всіх вона протікає однаково, залежно від особливостей клінічної картини хвороби виділяють окремі форми шизофренії.

Згідно з міжнародною класифікацією хвороб (МКХ-10) виділяють *наступні форми шизофренії* (іноді їх називають видами шизофренії):

- *параноїдну (параноїдальну)* – для цієї форми характерна наявність маячних ідей переслідування, величі, істинних слухових галюцинацій і псевдогалюцинацій, можуть бути зорові, нюхові і тактильні галюцинації;

- *гебефренну (гебефренічну)* – розвивається в підлітковому віці, для неї характерні порушення поведінки, гримасування, манірність, непередбачуваність, розірваність мислення і мови;

- *кататонічну* – відзначається негативізм, мутизм (мовчання), застигання в одній позі, кататонічний ступор або збудження, копіювання чужих висловлювань, рухів, міміки;

- *недиференційовану* – є симптоми шизофренії, без вираженого переважання будь-яких із них;

- *постшизофренічну депресію* – для цієї форми шизофренії характерне те, що через деякий час після розвитку захворювання на перший план виходить депресивний стан, крім того, є присутніми деякі шизофренічні симптоми;

- *просту* – хворі замкнуті, байдужі по відношенню до себе і оточення, схильні до бродяжництва і неадекватної поведінки, мислення паралогічне, амбівалентне (розщеплене);

- *залишкову (резидуальну)* – протікання шизофренічного процесу хронічне, є негативні симптоми (емоційне сплюснення).

Виокремлюють **3 основні форми шизофренії за типом її перебігу**:

- безперервну;

- рекурентну (періодичну);

- нападоподібну-прогресивну з різною мірою прогресивності (грубо-, середньо- і малопродієнтну).

До *безперервної шизофренії* були віднесені випадки захворювання з поступальним розвитком хворобливого процесу і чітким розмежуванням його клінічних різновидів в міру прогресивності – від в'ялого з помірно вираженими змінами особи до грубопродієнтного з вираженістю як позитивних, так і негативних симптомів. Для нападоподібного перебігу, що

відрізняє рекурентну, або періодичну, шизофренію, характерна наявність фазності в розвитку хвороби з виникненням виразних нападів, що зближує цю форму захворювання з маніакально-депресивним психозом, тим більше, що афективні розлади посідають значне місце в картині нападів, а зміни особистості виражені нечітко. Проміжне місце між указаними типами перебігу посідають випадки, коли за наявності безперервного хворобливого процесу з неврозоподібними, паранояльними, психопатоподібними розладами відзначається поява нападів, клінічна картина яких визначається синдромами, схожими з нападами рекурентної шизофренії або зі станами іншої психопатологічної структури, властивими нападоподібній-прогредієнтній шизофренії.

Шизофренія може розвиватися повільно і непомітно для пацієнта. Першими ознаками шизофренії зазвичай стають відірваність від суспільства, соціальна самоізоляція, емоційна холодність, байдужість до близьких і власного зовнішнього вигляду, втрата інтересу до речей і подій, що захоплювали пацієнта раніше. Можливі порушення сну. У підлітків перші ознаки шизофренії можна сплутати з властивими цьому віку проблемами. Дитина може почати гірше вчитися, втратити інтерес до друзів, стати пригніченою або дратівливою, у неї може порушитися сон.

Основні симптоми шизофренії

Симптоми шизофренії прийнято ділити на 3 основні групи:

– психотичні (позитивні) симптоми – це галюцинації (пацієнти з шизофренією часто «чують голоси»), марення (помилкові уявлення, при цьому пацієнта дуже важко, якщо взагалі можливо, переконати в них). До цієї ж групи ознак шизофренії належать порушення сприйняття, неможливість привести в порядок власні думки (пацієнти можуть зупинитися на середині фрази і/або вигадувати неіснуючі слова, мова стає заплутаною, її важко зрозуміти) і незвичайні рухи (повтор одних і тих же рухів знову і знову або «завмирання» надовго в дивній позі – кататонія);

– негативні симптоми шизофренії: пацієнтам складно виявляти звичайні емоції, вони не здатні веселитися, можуть виглядати пригніченими або відірваними від реальності (вони ніби не тут), мало спілкуються з іншими людьми;

– когнітивні симптоми шизофренії, тобто порушення розумового процесу: пацієнтам складно використати тільки отриману інформацію, приймати рішення, не вдається зосередитися, у них погіршується пам'ять. Кожна група симптомів шизофренії може бути виражена різною мірою.

Судово-психіатрична оцінка осіб, хворих на шизофренію

Судово – психіатрична оцінка осіб, що хворіють на шизофренію з різним типом перебігу, залежить від низки чинників. У випадках, коли клінічна картина розладу не викликає сумнівів щодо діагнозу шизофренія, особа визнається неосудною. Якщо злочин вчиняється особою, хворою на шизофренію в стані стійкої, глибокої ремісії без виразних змін особистості, то особа може бути визнана осудною. Однак, як правило, експерти-психіатри знаходять у таких осіб ті чи інші особистісні зміни та легкі позитивні розлади,

тому на практиці більшість хворих на шизофренію визнаються неосудними і в стані ремісії.

Маніакально-депресивний психоз. Це ендогенне захворювання, засноване на спадковій схильності, що протікає у вигляді маніакальних і депресивних фаз, між якими є світлі проміжки.

Для *депресивної фази* характерна тріада симптомів: пригнічений, тужливий настрій, загальмованість розумових процесів, скутість рухів. Людина засмучена, похмура, рухається ледве-ледве, вона переживає почуття туги, безвиході, байдужість до близьких і до всього, що раніше приносило їй задоволення. Людина, що знаходиться в депресивній фазі, сидить в одній позі або лежить в ліжку, на питання відповідає односкладово, із затримкою. Майбутнє здається безперспективним, життя – не має сенсу. Минуле розглядається тільки з точки зору невдач і помилок. Людина може говорити про свою нікчемність, непотрібність, неспроможність. Почуття гнітючої туги іноді проводить до суїцидальних спроб.

У жінок в періоді депресії нерідко зникають менструації. При неглибокій депресії відзначаються характерні для МДП добові коливання настрою: з ранку самопочуття гірше (прокидаються рано з почуттям туги і тривоги, бездіяльні), до вечора дещо підвищується настрій, збільшується активність. З віком в клінічній картині депресії переважає тривога (невмотивоване занепокоєння, передчуття, що «щось повинне статися», «внутрішнє хвилювання»). Зазвичай, хворі на маніакально-депресивний психоз розуміють зміни, що відбуваються з ними, критично їх оцінюють, але нічого не можуть з собою зробити і від цього тяжко страждають.

Маніакальна фаза виявляється підвищенням настроєм, прискоренням розумових процесів, психомоторним збудженням. Усе те, що оточує, здається прекрасним і радісним, людина сміється, співає, багато розмовляє, жестикулює. Також хворі в маніакальній фазі можуть бути безтактними і настирливими. Для цієї фази характерна розгальмованість інстинктів, яка може вилитися у безладні статеві зв'язки, посилення інстинктів (статевий, харчовий). Людина в маніакальній фазі часто переоцінює свої можливості, пропонує власну кандидатуру на різні посади, що не відповідають її рівню знань і кваліфікації. Нерідко такі люди відкривають у себе неабиякі здібності, видають себе за актора, поета, письменника, кидають свою роботу з метою зайнятися творчістю або просто змінити професію. У людини в маніакальній фазі прекрасний апетит, проте вона може худнути, оскільки витрачає надто багато енергії і спить мало – всього 3–4 години.

Тривалість і частота депресивних і маніакальних станів різні: від декількох днів і тижнів до декількох місяців. Депресивні фази зазвичай триваліші, ніж манії. Характерна сезонність рецидивів, частіше в осінній і весняний час. Лікування важких форм проводять у стаціонарі, при легких проявах хвороби лікування здійснюють амбулаторно.

Маніакально-депресивний психоз прийнято розділяти на **2 види** за особливостями його перебігу:

– *монополярний* (у клінічній картині виявляється одна фаза – частіше це депресивні фази, у край рідко з маніакальними фазами) – депресивна фаза – світлий проміжок – депресивна фаза – світлий проміжок і так далі;

– *біполярний* – депресивна фаза – світлий проміжок – маніакальна фаза – депресивна фаза і так далі. Буває здвоєна фаза – депресивна переходить відразу в маніакальну. Загострення МДП, виникнення фаз – періодичне, крім того, із сезонними загостреннями (весна й осінь).

Циклотимія є найбільш пом'якшеною формою МДП, при якій симптоми маніакальної та депресивної фаз невиразні. Так, не спостерігається зайвої похвлявленості чи виразної рухової загальмованості, скутості. Хворі найчастіше продовжують працювати і жити як звичайно. При МДП та циклотимії постійно супутніми є соматичні порушення. З великою постійністю відзначається розширення зіниць, прискорення пульсу, спастичні запори, підвищення артеріального тиску тощо. При циклотимії, поряд із полегшеним перебігом маній і депресій (гіпоманій і субдепресій), соматичні розлади найчастіше вичерпуються лише незначними порушеннями сну, запорами, іноді схудненням.

Судово-психіатрична оцінка осіб, хворих на маніакально-депресивний психоз

У стані загострення хвороби, під час психотичного нападу, хворі втрачають здатність критично та свідомо оцінювати свої вчинки і можливість адекватно керувати поведінкою. У зв'язку з підвищеною в таких станах сексуальною збудливістю такі особи можуть вчиняти розпусні дії, зґвалтування, виникають такі перверсії, як ексгібіціонізм, садизм тощо. Особи, що вчинили злочин під час психотичного нападу, можуть бути визнані неосудними. У депресивному стані через значну психомоторну загальмованість, зниження розумової продуктивності антисоціальні вчинки хворих рідкісні. В таких станах питання про судово-психіатричну експертну оцінку може виникнути у зв'язку з учиненням самогубства (як завершеного, так і незавершеного). Особи, які вчинили злочин під час так званих «світлих проміжків» (інтермісій), визнаються осудними.

Епілепсія – це хронічне захворювання, яке виникає в дитячому і юнацькому віці, виявляється у вигляді різноманітних судомних чи безсудомних нападів, а також типових змін особистості, психозів, а у важких випадках – розвитку специфічного слабоумства.

Крім епілепсії, епілептичні симптоми і синдроми можуть виявлятися при органічному ураженні головного мозку (судинного, інтоксикаційного, інфекційного генезу). У цьому випадку йдеться не про епілепсію як захворювання, а про симптоматичну епілепсію. Поширеність епілепсії серед населення – 0,3–0,5 %. Епілепсія належить до захворювань з невиразною етіологією (причиною), хоча багато вчених вважають, що в її походженні велике значення мають спадкові чинники, а також зміни в обміні речовин, що викликають явища інтоксикації та зміни в центральній нервовій системі. Клініка епілептичної хвороби доволі різноманітна, її прояви поділяються на три групи станів: короткочасні судомні та

безсудомні (параксизмальні) стани; гострі та тривалі психози; зміни особистості та слабоумство.

Характерною ознакою епілепсії є судорожний епілептичний напад, що починається раптово, часто зненацька для самої людини.

У деяких хворих напад передують провісники: головний біль, роздратованість, серцебиття, загальне нездужання. Іноді перед нападом спостерігаються рухові порушення, афект страху, жалю.

Характеристика нападу: хворий падає, непритомніє й у нього починаються тонічні судороги (загальна різка напруженість мускулатури). Тіло витягується, пальці стискаються в кулаки. Щелепи стиснуті, зіниці розширені, не реагують на світло, дихання немає. Цей проміжок триває 20–30 с, після чого поступово переходить в клонічні судороги – безладні окремі рухи, що посилюються, переходять у різкі згинання й розгинання кінцівок. Обличчя викривляється в гримасу, на губах з'являється піна. У цьому стані хворі можуть прикусити язик, що призведе до розвитку кровотечі.

Дихання частішає, стає уривчастим, клекоче, обличчя синіє, вкривається потом. Поступово судороги припиняються, і стан нормалізується. Тривалість нападу – 2–3 хв. Після нападу хворі одразу ж отямлюються, іноді перебувають в стані приголомшення або засинають. Після пробудження особи відчувають розбитість, сонливість. Про напад, що відбувся, вони нічого не пам'ятають.

Частота нападів у різних хворих різна: 1–2 рази на місяць, іноді частіше. Іноді розвивається так званий епілептичний стан, коли напади відбуваються один за одним. Ускладнення цього стану – смерть від асфіксії.

Іноді хворий переживає так звані малі напади, що також супроводжуються втратою свідомості, але на 1–2 с. Людина не падає, у неї відбуваються лише окремі судорожні посіпування. При цьому настає короткочасна втрата свідомості – під час розмови, роботи обличчя блідне, погляд спрямований вперед, хворий замирає. Коли він отямлюється, – продовжує роботу чи перервану розмову. Про те, що з нею відбулось, особа не пам'ятає.

Крім великих та малих нападів, у хворих на епілепсію можуть спостерігатись періодично виникаючі короткочасні психічні розлади – так звані психічні еквіваленти. Вони можуть наставати замість нападів або разом із ними.

До психічних еквівалентів відносять дисфору, сутінковий стан свідомості та особливі стани.

Дисфорія – це періодичні розлади настрою: злісно-тужливий настрій, коли хвора людина не знаходить собі місця, свариться без усякого приводу, чіпляється до оточуючих. Нерідко в такому стані хворі агресивні.

Сутінковий стан свідомості – сприйняття навколишнього викривляється, порушується орієнтування в часі й просторі. Нерідко хворі переживають афект страху, злості, туги. Часто спостерігаються марення, галюцинації. Характерним симптомом є автоматизм – прагнення бігти, рухати руками. Сутінковий стан може тривати від кількох хвилин до кількох годин, зрідка – до кількох тижнів. Спогад про такий стан не зберігається.

При особливих станах має місце порушення сприйняття навколишнього

світу, а також відчуття власного тіла. Хворі тривожні, розгублені. Контакт з оточуючими мінімальний. Уривчасті галюцинації, маревні ідеї спонукають особу до агресивних діянь – нанесення тяжких поранень з особливою жорстокістю.

Хронічні зміни психіки при епілепсії – роздратованість, схильність до вибухів гніву з незначного приводу, іноді злостивість, мстивість, схильність до агресії, насильства.

Інтелект і пам'ять поступово слабшають. Спостерігається уповільнення сприйняття, мислення. Хворий не може відрізнити головного від другорядного, деталізує, вживає зменшувальні слова. Поведінка відрізняється млявістю, педантичністю, улесливістю, піклуванням про особисте благополуччя, егоїзмом.

При високому ступені інтелектуального занепаду виникає епілептичне слабоумство. Крім нього, можуть спостерігатись злосливість та жорстокість.

Судово-психіатрична оцінка епілепсії

Дана оцінка складна і вимагає серйозного вивчення кожного конкретного випадку. Наявність епілепсії не позбавляє хворого осудності. Неосудною може бути особа з психічною деградацією, епілептичним слабоумством, з психічними еквівалентами. В цих випадках хворий не здатний усвідомлювати свої дії і керувати своїми вчинками.

2. Тимчасові психічні розлади.

Тимчасовим розладом психічної діяльності визнається гостре, короткочасне психічне захворювання, що проходить у вигляді нападів. Це захворювання раптово виникає (найчастіше внаслідок тяжких душевних травм) і за сприятливих обставин раптово припиняється. До таких захворювань відносять різного роду патологічні афекти, алкогольні психози, білу гарячку тощо.

Патологічний афект

Патологічний афект – це хворобливий стан психогенного походження, що виникає у практично психічно здорової людини. Виникає в результаті раптової та інтенсивної психічної травми, характеризується послідовним розвитком наступних фаз: підготовчою, фазою вибуху і завершальною. У підготовчій фазі під впливом психічної травми (тяжка образа гідності особи, несподівана зневага, раптовий напад) відбувається різке наростання афективної напруги з концентрацією усіх думок на травмуючому моменті. Чинник несподіваності, «надзвичайність» для особи мають вирішальне значення. Чинниками, що сприяють виникненню афективної реакції, є перевтома, вимушене безсоння, соматична ослабленість. У фазі вибуху відзначається глибоке затьмарення свідомості (за типом сутінкового) із несамовитим руховим збудженням. Про порушення свідомості і патологічний характер афекту свідчать також надзвичайно різкий перехід інтенсивного рухового збудження, властивого другій фазі, в психомоторну загальмованість. Завершальна фаза характеризується різким послабленням психічних і фізичних сил, подальшим сном або станом,

близьким до протрації. Спогади про подію, що сталася, мають уривчастий характер, але частіше не зберігаються взагалі.

Судово-психіатрична оцінка патологічного афекту

Цей стан підпадає під поняття тимчасового розладу психічної діяльності медичного критерію неосудності, оскільки унеможлиблює усвідомлення фактичного характеру і громадської небезпеки своїх дій особою в момент вчинення протиправних дій.

Алкогольні психози

Біла гарячка (алкогольний делірій) – найпоширеніший алкогольний психоз, що гостро розвивається і супроводжується розладом свідомості і частими галюцинаціями. Провісниками білої гарячки (передделірій) є безсоння, нічні кошмари, зорові галюцинації, порушення координації, тремтіння кінцівок.

Делірій розвивається через декілька годин, днів після припинення прийому алкоголю на тлі виражених абстинентних розладів або при зворотному їх розвитку.

Як правило, біла гарячка розвивається вночі. У розгорнутій стадії з'являється повне безсоння, зорові галюцинації. Переважають мікроскопічні галюцинації: комахи, дрібні тварини, риби і змії, нитки, дріт; рідше бачать великих тварин, людиноподібних істот, мерців, у тому числі фантастичного вигляду. Вони рухливі, змінюються в розмірах, одиничні або множинні тощо. При поглибленні делірію виникають слухові, нюхові, термічні, тактильні галюцинації. У поведінці, афекті, маячних висловлюваннях відбивається зміст галюцинацій. Переважає рухове збудження. Настрій хворого – суміш ейфорії та страху, іноді виникають маревні ідеї, спроби до самогубства, небезпечні агресивні вчинки.

Домінує образне переслідування або фізичне знищення, іноді з ідеями подружньої невірності. Характерне неправильне орієнтування в навколишньому просторі. Порушується почуття часу. Хворі підвищено навіювані. Біла гарячка супроводжується неврологічними і соматичними розладами: підвищується температура і пітливість, збільшується печінка, жовтіють склери, з'являється тахікардія, тремір кінцівок і усього тіла, м'язова слабкість, блідість шкірних покривів (останнє стало приводом для назви хвороби «біла гарячка»).

Напад триває 2–5 днів, іноді 1–2 тижні. Після сну настає різкий перелом, свідомість проясняється. Спогади про цей період у особи не залишаються зовсім або є уривчастими.

Судово-психіатрична оцінка алкогольного делірію

Особа, що вчинила злочин у стані алкогольного делірію, визнається неосудною, між нападами – осудна.

Патологічне сп'яніння – це гострий короточасний психічний розлад, що виникає у зв'язку з прийомом алкоголю. Розвивається після прийому невеликої кількості алкоголю. Важливу роль відіграють фактори, які послабляють організм: безсонна ніч, голод, психічна й фізична перевтома, душевні потрясіння.

Раптово виникає гострий психічний стан, при якому спостерігається

розлад свідомості з порушенням орієнтування, наявністю маревних ідей і галюцинаторних переживань. При цьому фізичних ознак сп'яніння немає. Зберігається моторика, чітка мова. Міміка і жестикуляція справляють враження незвичайності.

Основною ознакою патологічного сп'яніння є хворобливо змінена свідомість, унаслідок чого порушуються і спотворюються процеси сприйняття, настає відрив від реальної дійсності. З'являються несвідомий страх, тривога, відчуття загрози відносно себе і своїх близьких. При наростанні емоційної напруги порушується орієнтування.

При патологічному сп'янінні спостерігається грубе порушення свідомості типу сутінкового розладу орієнтування. Вся поведінка хворого вказує на відрив від реальної дійсності, хворобливе сприйняття оточення, патологічну зануреність у свої переживання. Дії хворого автоматичні, рухові порушення виявляються у вигляді інтенсивних, безглузвих, агресивних дій із неймовірною жорстокістю та злостивістю. У цьому стані вони звичайно не тікають, а нападають на уявних ворогів.

Форми патологічного сп'яніння: епілептоїдна та параноїдна.

При **епілептоїдній формі** у хворих розвивається різке психомоторне порушення, тяжке порушення свідомості, безглузда агресія, буйство, лють. Після патологічного сп'яніння настає амнезія, людина не пам'ятає того, що трапилось.

При **параноїдній формі** відзначають маревну цілеспрямованість дій, викривлене сприйняття дійсності, тривогу, страх, гнів, маревні та галюцинаторні переживання. Хворі схильні до тяжких агресивних дій.

Патологічне сп'яніння частіше триває від кількох хвилин до 3–4 год. і закінчується глибоким сном. Спогади про минуле уривчасті або не зберігаються зовсім.

Судово-психіатрична оцінка патологічного сп'яніння

Людина в цьому стані неосудна. Патологічне сп'яніння людина може пережити лише один раз у житті.

3. Слабоумство

Олігофренія (від грец. *olfgos* – малий і *phren* – розум), недоумкуватість – різні форми психічного недорозвинення, вроджені і рано придбані (до 3 років). Ознаками, що об'єднують усю групу олігофреній, є наявність розумового недорозвинення і відсутність прогресування хвороби.

Відмінною особливістю олігофреній є те, що характерні для них психічні розлади виникають не в результаті зниження інтелекту та інших функцій психіки, як це спостерігається при всіх інших психічних захворюваннях, а являють собою їхнє початкове недорозвинення.

Вирізняють наступні причини, що провокують розвиток олігофренії:

1) причини ендогенного (внутрішнього) характеру. Сюди входять усі види психічного недорозвинення, викликаного хромосомними патологіями, різними генетичними синдромами і спадковими специфічними порушеннями обміну речовин. Причиною олігофренії даного типу можуть послужити наприклад,

синдром Дауна, різні типи мукополісахаридозу та інші метаболічні захворювання;

2) причини екзогенного (зовнішнього) характеру. В даному випадку загальне психічне недорозвинення у хворого можуть викликати внутрішньоутробні інфекції під час вагітності, імуноконфлікт крові матері і дитини, пологові та післяпологові травми черепа малюка, алкоголізм матері, наркоманія та інші згубні звички, що спровокували серйозні порушення в постачанні плода поживними речовинами;

3) причини змішаної етіології, тобто сукупність з факторів як екзогенної, так і ендогенної природи. В результаті сукупного впливу на організм людини відразу декількох несприятливих факторів розвиваються найважчі форми олігофренії.

Поширеність олігофренії, за статистичними даними, в різних регіонах України дуже коливається (від 0,2 % до 5 % і більше). Суттєва відмінність характеристик розповсюдженості олігофренії серед населення має своє пояснення через об'єктивні причини. Це, наприклад, вплив такого фактору, як різний ступінь вираженості розумового недорозвинення. Якщо тяжкі форми з успіхом розпізнають навіть неспеціалісти, то хворі на олігофренію легкого ступеня можуть ніколи не потрапити під нагляд, а отже, й на облік у психіатра. Іноді дуже складно визначити, чи є певна розумова відсталість олігофренією, чи це результат несприятливих умов розвитку і навчання в ранньому дитинстві (так звана педагогічна занедбаність). Хворі на олігофренію можуть бути не виявленими і не потрапити на облік, якщо до них не були пред'явлені вимоги з освіти або якої-небудь роботи, для чого є необхідним засвоєння відносно складних знань (різниця між рівнем урбанізації, між містами та віддаленими сільськими місцевостями).

Клінічні вияви олігофреній різноманітні, що пов'язано з різноманітністю клінічних форм і різним ступенем психічного недорозвинення. Незважаючи на вказане, вони мають загальні ознаки, що дозволяють об'єднати всі ці форми патології в єдину групу. Характерною особливістю олігофреній є наявність тотального психічного недорозвинення, що виявляється не тільки в порушенні пізнавальної, інтелектуальної діяльності, але і в мисленні, сприйнятті, мові, моториці, емоційно-вольовій сфері. Елементарні функції психіки, інстинкти – залишаються відносно більш збережені. Значною мірою страждають процеси мислення, які характеризуються слабкістю абстрагування з переважанням конкретних зв'язків і асоціацій, неможливістю абстрактного і недостатністю логічного мислення. Поряд із цим відзначається слабкість активної, цілеспрямованої уваги. Пам'ять недостатня, особливо страждає вищий рівень пам'яті – логічне й опосередковане запам'ятовування, тоді як механічна пам'ять може бути збереженою та навіть гіпертрофовано розвиненою. Мова у хворих на олігофренію формується із запізненням, часто фонетично перекручена, порушена її граматична будова, фрази бідні, односкладові. Хворі відчувають утруднення у формулюванні своїх думок, труднощі при засвоєнні навичок читання і письма. Рівень розвитку функції мови завжди пов'язаний зі ступенем інтелектуальної недостатності. Вольова сфера характеризується слабкістю

спонукань і ініціативи, відсутністю або недостатньою самостійністю. Вчинки відрізняються імпульсивністю, необдуманістю, нецілеспрямованістю. Відсутня боротьба мотивів, часто спостерігається негативізм.

Ступінь вираженості олігофренії може бути різним. *За ступенем розумової недостатності олігофренія підрозділяється на три групи: ідіотія, імбецильність, дебільність.*

Ідіотія (з грец. *idioteia*, що означає «неможливість навчання» або *idios* – існуючий для себе), являє собою найбільш глибоку форму розумової відсталості, коефіцієнт інтелектуального розвитку або IQ таких хворих становить менше 20 (рідше від 20 до 35). Загальна кількість пацієнтів із таким діагнозом дорівнює 3–5 % від загального числа хворих на олігофренію (розумову відсталість).

З раннього дитинства відзначається виражене відставання хворих у психічному та фізичному розвитку. Ідіоти звертають на себе увагу вже своїм зовнішнім виглядом (потворною головою: різко збільшеною чи навпаки зменшеною відносно тіла, напіввідкритим ротом, тупим виразом обличчя), схильністю до простих стереотипних рухів (ляскання в долоні, смоктання пальців), нездатністю до осмисленого самостійного пересування, плановими руховими актами. Їх поведінка зовні невмотивована.

Характеристика ідіотії включає наступні ознаки: відсутність осмисленої діяльності, зупинка в розвитку мови (спостерігаються лише окремі слова і нечленороздільні звуки). Відсутність навичок самостійного життя через неможливість навчання та прищеплення навичок самообслуговування. Вимовлені слова для оточуючих здаються незрозумілими.

Глибока ідіотія виявляє себе в наступних діях: хворі можуть дряпати собі обличчя, кусатися, рвати волосся, виявляти негативізм, злостивість або млявість будь-яких реакцій. Хворі не здатні самостійно їсти, зазнають труднощів при переживанні їжі. Завжди неохайні, і потребують систематичного догляду, а також нагляду.

Судово-психіатрична оцінка ідіотії

У судово-слідчій практиці особи з такою глибиною розумової відсталості невідомі через свою вроджену безпорадність (фізичну і психічну).

Імбецильність (лат. *imbecillus* – слабкий) являє собою олігофренію середнього ступеня тяжкості, коефіцієнт інтелектуального розвитку або IQ таких хворих становить 25–50. Загальна кількість пацієнтів із таким діагнозом дорівнює від 10 до 20 % від загального числа хворих на олігофренію (розумову відсталість). У імбецилів відзначаються вроджені стигми (відстовбурчені вуха, приросли мочки вуха, дефектний прикус, груба будова черепа, зменшений (мікроцефалія) або збільшений (гідроцефалія) череп). Вираз обличчя тупий, відсутня тонка мімічна гра. Моторика недостатньо розвинена. Рухи погано координовані, незграбні. Хода скута, згорблена.

Поряд із зовнішніми ознаками недорозвинення інтелекту спостерігається примітивна мова (словниковий запас іноді досягає 200–300 слів), слаборозвинена здатність до навчання, проблеми з пам'яттю, посилення несвідомих інстинктів (сексуальна розбещеність, схильність до переїдання). Мислення послідовне,

проте досить примітивне. Малий кругозір, сугестивність і бажання наслідувати можуть виявлятися асоціальною поведінкою, особливо в незнайомій обстановці. Навчання елементам самообслуговування можливо, при цьому імбецили не можуть проживати самотійно.

Хворі на імбецильність підвищено навіювані, схильні до сліпого наслідування, нерідко в них відбувається сексуальне перезбудження. Все це може зумовити вчинки, які формально відповідають кримінально карним: підпали, крадіжки, нанесення тілесних ушкоджень, відкрите оголення статевих органів і маніпулювання ними та навіть зґвалтування. Однак усі ці дії характеризуються імпульсивністю, відсутністю будь-якої усвідомленості і, тим більше, розуміння протиправності.

Судово-психіатрична оцінка імбецильності

Особи з імбецильністю зазвичай визнаються неосудними.

Дебільність (лат. *debilis* – слабкий) являє собою найлегшу і найбільш поширену форму розумової відсталості, становить близько 75 % від загального числа хворих на олігофренію. Серед інших форм олігофренії хворі на дебільність становлять найбільшу частину направлених на судово-психіатричну експертизу. Виразність психічного недорозвинення при дебільності може бути різною: від тяжкої, близької до імбецильності, до легкої, що межує практично з нормою, тобто рівнем психічно здорових осіб із низьким інтелектом. Це визначає велику неоднорідність клінічних виявів, різний темп психічного розвитку і різний рівень (ступінь) виразності психічного дефекту, котрий спостерігається у хворих із накопиченням життєвого досвіду. Прийнято розрізняти **глибоку, помірно виражену та легку дебільність**.

Характерні особливості зовнішності виявляються у непропорційній будові тіла, поганій координації рухів, певній незграбності, дурнувату виразі обличчя. У хворих із дитинства виявляються ознаки затримки розвитку, вони пізніше починають ходити, розмовляти. При глибокій дебільності темп психічного розвитку дуже низький, їм у край рідко вдається закінчити навіть допоміжну школу. Хворі залишаються безпомічними і потребують постійного догляду. При легкій формі дебільності хворі здатні до навчання, іноді при хорошій механічній пам'яті, посидючості і гіперопіці батьків досягають непоганих результатів у навчанні. Легку дебільність буває важко відрізнити від нижньої межі норми. Такі діти можуть навчатися у звичайній школі. Особи з дебільністю опановують переважно конкретні знання. Вони повільні, інертні, малоініціативні, але легко наслідують дорослих, які є для них авторитетом. Відзначається певна необдуманість і непередбачуваність учинків, слабкість самовладання, нездатність долати свої потяги. З роками дебільність стає менш помітною, особливо у тих, хто зумів добре адаптуватися в житті. Однак частина дебілів може потрапити в групу асоціальних або навіть кримінальних елементів у зв'язку з підвищеною сугестивністю, некритичністю і недостатнім осмисленням ситуації.

Судово-психіатрична оцінка дебільності

Особи з дебільністю легкого ступеня, як правило, визнаються осудними, оскільки здатні свідомо регулювати свою поведінку в юридично значущих ситуаціях, можуть передбачати наслідки своїх учинків. Особи з глибоким ступенем дебільності зазвичай визнаються неосудними. Найбільш складною є оцінка помірно вираженої дебільності, яка будується на підставі урахування як ступеня розумового недорозвинення, так і характеру самого правопорушення, а також усієї клінічної картини в кожному конкретному випадку.

4. Інші хворобливі стани.

Інший хворобливий стан психіки – це такий стан, що у вузькому розумінні не є психічним захворюванням, але інколи його перебіг є досить тяжким, супроводжується різними порушеннями психічної діяльності (наприклад, тяжкі форми психопатії, психостенії, стан абстиненції при наркоманії). Подібне може спостерігатися і при травмах головного мозку, пухлинах мозку тощо. При зазначених патологіях у хворого може порушуватися здатність до розумової чи вольової діяльності.

Психопатія – (грец. *psyche* – душа і *pathos* – страждання) – прикордонне порушення розвитку особистості, що відрізняється дисгармонією в емоційній і вольовій сферах. Це неправильний, хворобливий розвиток характеру, аномалія характеру, від якої страждає і сама людина, і суспільство («потворність характеру»). Психопатія не є психічним захворюванням, але це і не варіант норми.

Психопатичні особливості виявляються в дитинстві або юності і без значних змін зберігаються протягом усього життя, вони пронизують всю особистість, визначають її структуру, і зазвичай перешкоджають повноцінному пристосуванню особистості до навколишнього середовища.

Для психопатії характерна тріада ознак:

- тотальність;
- стійкість характерологічних порушень;
- зміни соціальної адаптації.

Психопатія має особливе значення в судовій психіатрії.

Виділяють психопатію збудливого, істеричного, паранояльного, гальмівного і шизоїдного типу.

Збудлива психопатія. Провідними особливостями характеру цих осіб є підвищена збудливість, дратівливість, вибуховість, злостивість, злопам'ятність, схильність до коливань настрою, які зазвичай обумовлюються зовнішніми причинами. Їм властива схильність до бурхливих виявів афекту з незначного приводу, вони постійно всім незадоволені, шукають приводу для причіпок, надзвичайно нетерпимі до чужої думки, нетерплячі, не виносять протиріч. Їм властиві егоїзм, небажання рахуватися з інтересами інших, в тому числі і близьких їм людей.

Істерична психопатія. Ці особи прагнуть бути постійно в центрі уваги, тому їх поведінка демонстративна, театральна, позбавлена простоти і природності. Їм властива психічна незрілість, інфантилізм, їх почуття поверхові, неглибокі, емоційні прихильності нестійкі. Часто бувають коливання

настрою, швидко змінюються симпатії та антипатії, зовнішня доброзичливість може поєднуватися з емоційною холодністю. Для них є характерними навіюваність і самонавіюваність, нездатність до тривалої вольової напруги. Судження відрізняє суперечливість, схильність до вигадок, фантазування. У важких ситуаціях легко виникають істероневротичні порушення: бурхливі афективні реакції з риданнями, криками, нанесенням самоушкоджень, агресією відносно навколишніх, істеричні фізичні симптоми (істеричний мутизм, сурдо-мутизм, астазія-абазія).

Параноїальна психопатія. Цим особам властива схильність до надцінних утворень, підозрілість, підвищена самооцінка, негнучкість психіки. З дитинства вони відрізняються прямолінійністю, упертістю, гіперстенічністю в тенденції до лідерства і самоствердження. Вони надзвичайно чутливі до ігнорування їх думки, схильні перебільшувати значення розбіжностей, що виникають у них з оточуючими, вкрай образливі і злопам'ятні. З віком ці особи стають консервативними, ригідними, прискіпливими. Безкомпромісність, категоричність суджень, прагнення в будь-якій ситуації чинити по-своєму, властивий їм егоїзм заважають їм підтримувати рівні стосунки в родині і з оточуючими. Конфлікти, що легко виникають, породжують односторонню оцінку реальних подій, їх інтерпретацію в плані прихильності власної позиції.

Гальмівна психопатія. У цю групу об'єднані особи з астенічними, психастенічними і шизоїдними особливостями характеру на основі властивих їм усім гальмівних, пасивних реакцій на різноманітні психотравмуючі ситуації. *Астенічним психопатичним особистостям* властива підвищена вразливість, боязкість, нерішучість, сором'язливість, підвищена чутливість по відношенню до різних зовнішніх подразників, дратівлива слабкість при навіть незначному емоційному напруженні. Фон настрою у них зазвичай пригнічений, легко виникає почуття тривожності, невпевненості в собі при зіткненні навіть з незначними труднощами. *Психастенічні особистості* відрізняються підвищеною рефлексією, прагненням до постійного самоаналізу і самоконтролю, почуттям власної неповноцінності, схильністю до нав'язливих сумнівів. У них легко формуються різні фобії. Для всіх гальмівних особистостей характерна слабкість потягів: поганий апетит, відставання в статевому розвитку. У них часто спостерігаються вазо-вегетативні порушення з розладом сну, головним болем, кардіалгіями.

Шизоїдна психопатія. Ці особи відрізняються нетовариськістю, інтровертністю, схильністю до внутрішнього перероблення своїх переживань. Вони вразливі, боязкі, нерішучі, сором'язливі, часто зазнають труднощів контакту з найближчим оточенням. Крім цього, у них виявляється відсутність почуття гумору, зайва серйозність і сентиментальність, дивакуватість і недовірливість, схильність до самоаналізу і рефлексії. Захоплення їх нестандартні, але не відірвані від зовнішнього світу, стосуються в основному літератури, мистецтва, музики, теоретичних розділів науки.

Судово-психіатрична оцінка психопатій

В динаміці психопатій виділяють стани компенсації і декомпенсації. Компенсація – це етап динаміки психопатії, коли відзначається адаптація

особистості до мікросередовища з мінімальним виявом патологічних рис характеру і задовільними показниками її соціальної пристосовності. Декомпенсація – стан загострення, оголення всіх патологічних характерологічних рис особистості з порушенням соціальної адаптації, що була раніше. Психопатичні особистості в судово-психіатричній практиці зазвичай визнаються осудними, за винятком станів декомпенсації психопатії, в структурі яких відзначаються, поряд із поглибленням характерологічних рис, невротичні, афективні, маревні переживання.