**1. Огнестрельные повреждения**

**1.1 Определение огнестрельного повреждения. Характеристика выстрела и сопровождающих его компонентов. Классификация повреждающих факторов выстрела**

огнестрельный рана шизофрения судебный

**Огнестрельные повреждения** - повреждения, возникшие в результате выстрела из различных видов огнестрельного оружия или при взрыве различных взрывчатых веществ, боеприпасов, или снарядов.

Как видно, из определения в судебно-медицинской практике принято относить ранения от взрывов как взрывчатых веществ (порох, тол, нитроглицерин), боеприпасов (патронов) и снарядов (мин, гранат и др.).

В последнее время в связи со значительным ростом количества взрывов и необходимостью всестороннего судебно-медицинского исследования травмы, возникшей от взрывов, в судебной медицине выделился и значительно развился раздел взрывной травмы.

Характер повреждений, причиненных огнестрельными снарядами, зависит от кинетической энергии снаряда, его формы, размеров и некоторых конструкционных особенностей.

В месте проникновения пули в тело человека на коже образуется входная огнестрельная рана (отверстие). Не всегда огнестрельная рана имеет характерные признаки, иногда она может быть похожа на рвано-ушибленную, колотую рану, или на ссадину и кровоподтек.

Если кинетическая энергия пули очень большая или повреждена оболочка пули и в ряде других случаев пуля оказывает разрывное действие. Пуля не только пробивает мягкие ткани, но и вызывает сильное сотрясение, образуя трещины, рана похожа на рвано-ушибленную рану.

При значительной кинетической энергии пуля обладает пробивным действием, т.е. выбивает кусочек кожи, несколько меньше своего диаметра (пробивное действие пули), и рана имеет все признаки входной огнестрельной раны.

При небольшой кинетической энергии пули, ее энергии не хватает, чтобы выбить кусок ткани и образовать отверстие, тогда она раздвигает ткани, как клин (клиновидное действие пули). В этом случае она сперва вытягивает кожу, а потом ее разрывает, образуя чаще щелевидное отверстие, и по внешнему виду похожее на колотую, колото-резаную раны.

При минимальной кинетической энергии ("на излете") ударяя по коже действует, как брошенный тупой твердый предмет, образуя ссадину или кровоподтек, реже поверхностную ушибленную рану.

Ранение может быть слепым и сквозным. Слепое огнестрельное ранение - пуля осталась в теле и имеется только входная рана (отверстие). Сквозное огнестрельное ранение - пуля прошла тело насквозь и имеет сквозное огнестрельное ранение; состоит из входной огнестрельной раны (отверстия), раневого канала и выходной огнестрельной раны.

В огнестрельной ране различают: зону непосредственного раневого канала, зону ушиба тканей стенок раневого канала (от 0,5 до 1-2 см.), зону сотрясения тканей шириной 4-5 см., зону "молекулярного сотрясения".

Для абсолютного большинства огнестрельных повреждений имеются характерные признаки, позволяющие отличить огнестрельное повреждение от других повреждений и, прежде всего, от колотых ран.

**1.2 Установление входного и выходного огнестрельного повреждения. Определение дистанции выстрела**

**Дистанция выстрела** - расстояние от дульного среза оружия до поражаемого объекта, отражающее характер действующих повреждающих факторов выстрела. Дистанции выстрела: выстрел в упор, выстрел с близкого расстояния - расстояние, в пределах которого действует не только снаряд, но и продукты выстрела достигают поражаемого объекта и неблизкая дистанция - расстояние, в пределах которого поражаемого объекта достигает только огнестрельный снаряд и переносимые им частицы.

Основные признаки входной огнестрельной раны (отверстия) при разрывном и пробивном действии пули:

· **дефект ткани или "минус-ткань",** обладая большой кинетической энергией пуля действует, как пробойник, выбивая кожу в области входной раны, при попытке сблизить ее противоположные края они не совпадают друг с другом, если же сблизить их за счет натяжения кожи, то образуются в углах раны складки, диаметр дефекта на 1-2 мм. меньше диаметра пули;

· **поясок осаднения**, который имеет вид буровато-желтой кольцевидной ссадины шириной 1-3 мм., образуется в результате так, как поверхностный слой кожи (эпидермис) менее эластичный, чем собственно кожа и при соприкосновении с боковыми частями пули частично сдирается; если пуля входит под углом, то поясок обтирания будет шире со стороны входа пули в кожу под острым углом;

· **поясок обтирания** (поясок загрязнения, поясок металлизации) образуется за счет наложений на поверхности пули (копоти, смазки, металлических частиц и др.), которые стираются и накладываются на поясок осаднения, поясок обтирания серого или серо-черного цвета, шириной 0,5-2,5 см;

· **форма входной раны** (отверстия) круглая, если пуля входит перпендикулярно к поверхности тела, если же пуля входит боковой поверхностью, то форма входной раны овальная;

· **края входной раны** (отверстия) неровные из-за мелких надрывов кожи, чаще обращены внутрь;

· **размеры входной раны**, как правило, меньше выходной.

 

**Особенности входного отверстия на костях (плоских и трубчатых):**

**Входная огнестрельная рана** (отверстие) - рана в месте внедрения в тело огнестрельного снаряда и пороховых газов. Типичное входное отверстие имеет дефект или “минус-ткань”, поясок осаднения и поясок обтирания.

Отличительным признаком входной огнестрельного повреждения на плоской кости черепа - скол внутренней костной пластинки, образующий вид усеченного конуса, основание конуса направлено в сторону полета пули.

В диафизах трубчатых костей со стороны входа образуется круглое отверстие с радиальными трещинами, которые на боковой поверхности кости образуют крупные осколки, напоминающие крылья бабочки.

При ранении пулей, имеющей небольшую кинетическую энергию, дефект ткани в области входной раны (" минус-ткань ") не образуется.

**Основные признаки выходной огнестрельной раны (отверстия):**

**Выходная огнестрельная рана (отверстие)** - рана в месте, где огнестрельный снаряд или его части (реже пороховые газы) покидают тело; рана в терминальном конце раневого канала.

· **форма выходной раны** разнообразная (дугообразная, округлая, овальная, щелевидная и др.);

· **края раны неровные** с мелкими надрывами, часто вывернуты наружу;

· **размеры выходной раны** больше размеров входной раны, но могут быть равной или даже меньше входной;

· **отсутствие пояска обтирания** .

Дефект ("минус-ткань") может быть в области выходной раны при условии, что пуля должна обладать большой кинетической энергией и должна быть небольшая прослойка тканей при прохождении пули, например, выстрел из крупнокалиберного оружия в ладонь.

Поясок осаднения может образоваться в области выходной раны, когда в области выхода пули из тела кожные покровы прижаты к какому-либо твердому предмету (стена, пол) или плотным частям одежды (ремень, сапог и др.), осаднение кожи возникает в результате прижатия и удара о твердый предмет выпяченного пулей участка кожи в момент выхода пули из тела.

На плоской кости в области выходного отверстия скол наружной костной пластинки.

В диафизе трубчатой кости образуется крупный костный дефект, от его краев вдоль длины кости отходят множественные продольные трещины.

**Дистанция выстрела - расстояние от дульного среза оружия до поверхности, пораженной части тела или одежды.**

Различат три основные дистанции выстрела: выстрел в упор, выстрел с близкого расстояния и выстрел с неблизкого расстояния.

**Выстрел в упор** - выстрел, когда дульный срез оружия или компенсатор (устройство для улучшения кучности боя при стрельбе и уменьшения отдачи) непосредственно соприкасается с одеждой или кожными покровами. При этом дульный срез может быть придавливаться к телу (полный герметический упор), неплотно прикасаться всей поверхностью дульного среза (негермерический или неполный упор) и касаться тела только краем дульного среза, когда оружие приставлено к телу под углом. При выстреле в упор первое травмирующее воздействие на кожу и подлежащие ткани оказывает предпулевой воздух, воздействие продолжает пуля, выбивая фрагмент кожи, и вслед за пулей в раневой канал врываются пороховые газы и другие дополнительные факторы выстрела.

**При полном упоре** канал ствола оружия непосредственно переходит в раневой канал, и все дополнительные факторы выстрела будут в раневом канале.

Входная рана при полном упоре имеет звездообразную, реже - веретенообразную или неправильно округлую форму, наблюдается отслойка кожи по краям раны, надрывы или разрывы кожи в окружности входного отверстия без копоти, внутренние края отверстия и ткани раневого канала покрыты копотью, в раневом канале находятся и другие дополнительные факторы выстрела. Дефект кожи в области входной раны превышает калибр огнестрельного снаряда.



От плотного контакта на коже образуется отпечаток дульного среза оружия - "штанц-марка" за счет того, что газы распространяясь под кожей приподнимают ее, придавливая к дульному срезу, этому способствует и присасывающее действие разряженного пространства, которое образуется в канале ствола после выстрела. Отпечаток дульного среза на теле и на одежде встречается непостоянно, но его наличие убедительный признак выстрела в упор. На коже такой отпечаток имеет вид ссадины, кровоподтека или дополнительной раны.

При выстреле в рот наблюдаются разрывы углов рта в виде радиальных трещин, переломы челюстей, разрушение черепа и головного мозга.

Одним из признаков выстрела в упор является ярко-красное окрашивание тканей в области входного отверстия вследствие образования карбоксигемоглобина, который образуется от окиси углерода, содержащейся в пороховых газах.

**При неполном, негерметическом упоре**, часть пороховых газов прорывается между кожей и дульным срезом, и частички копоти оседают на коже в радиусе до 4-5 см.

**При боковом упоре** газы и копоть прорываются наружу в области открытого угла, где конец ствола не соприкасался с телом. Выходное отверстие на коже при выстреле в упор имеет обычный вид.

**1.3 Характеристика выстрела с близкого расстояния и неблизкой дистанции**

Под близким расстоянием понимается такая дистанция, когда на тело оказывает действие не только пуля, но и дополнительные факторы выстрела (предпулевой воздух, тепловое действие порохового заряда - газов, пороховых зерен, частиц копоти, пороховые газы, частицы копоти, несгоревшие порошинки, металлические частицы, ружейная смазка, частицы капсюльного состава). Выделяют три зоны:

**1-ая зона (3-5 см**) - зона выраженного механического действия пороховых газов, входная рана формируется за счет разрывного и ушибающего действия пороховых газов, предпулевого воздуха и пробивного действия пули. Края раны имеют разрывы, широкое кольцо осаднения ("кольцо воздушного осаднения") за счет действия предпулевого воздуха; отложение вокруг раны копоти темно-серого цвета (черной) бездымного пороха и черного или темно-коричневого цвета дымного пороха; частицы неполностью сгоревших порошинок; опаление пушковых волос или волокон ткани одежды (термическое действие пороховых газов); следы ружейной смазки.

**2-ая зона (20-35 см)** - отложение копоти вместе с частицами пороховых зерен и металлическими частицами, рана формируется только пулей. Вокруг раны отложение копоти, порошинок, частиц металла, ружейной смазки.

**3-я зона (150 см)** - отложение пороховых зерен и металлических частиц, рана формируется только пулей, вокруг раны отложение порошинок, частиц металла.

**Выстрел с неблизкого расстояния (вне пределов действия дополнительных факторов выстрела).**

При этом понимают такую дистанцию, когда на тело действует только пуля, а дополнительные факторы выстрела не обнаруживаются. Типичная входная огнестрельная рана небольшая, округлой формы, в центре дефект кожи, который всегда меньше диаметра пули; края раны неровные с разрывами, наличие пояска осаднения, поверхность пояска осаднения нередко загрязнена металлом грязновато-серого цвета. При клиновидном действии пули рана линейной формы и дефекта ткани ("минуса-ткани") нет.

В некоторых случаях при выстрелах с неблизкого расстояния можно обнаружить отложение копоти на внутренних слоях одежды или коже при отсутствии ее на поверхностных слоях одежды (феномен Виноградова), копоть серого цвета, похожая на копоть близкого выстрела.

Основными условиями для возникновения такого отложения является наличие нескольких слоев одежды, отстоящих друг от друга на 1-1,5 см. и большая скорость полета пули свыше 500 метров в секунду. Дифференцирующим признаком служит отложение копоти на некотором расстоянии от края повреждения и лучеобразный вид отложения копоти (длина лучей не более 1-1,5 см.), отсутствие на объекте зерен пороха.

**Определение направления выстрела.**

Для определения направления выстрела производится предварительное исследование обстановки места происшествия в целом и обнаруженных повреждений огнестрельного происхождения. Так, например, место, откуда был произведен выстрел, можно определить по следам ног стрелявшего, местоположению выброшенных из оружия гильз; а также пулевым пробоинам (то есть путем визирования).

Метода визирования можно разделить на четыре группы: визуальные, предметные, предметно-визуальные и расчетно-графические. Использование того или иного метода определяется следователем исходя из характера повреждений, особенностей их расположения, а также иных обстоятельств.

Визуальное визирование проводится в двух случаях:

когда сквозное повреждение обнаруживается в достаточно толстой преграде (например, стене или двери);

когда огнестрельное повреждение имеет место в нескольких тонких преградах, расположенных недалеко друг от друга (например, двойные стекла оконной рамы или двойные двери).

При визуальном визировании направление выстрела определяется через просматривание огнестрельного повреждения «на просвет». Такое наблюдение по ходу движения снаряда способствует определению местонахождения последнего, а в противоположном направлении - установлению места, откуда был произведен выстрел. Так, например, посредством визирования сквозь огнестрельные повреждения в оконных стеклах квартиры, где был обнаружен труп, определяется несколько расположенных напротив указанных повреждений окон соседнего дома (откуда мог быть произведен выстрел).

Во втором случае (то есть когда огнестрельное повреждение обнаруживается в нескольких тонких преградах, расположенных недалеко друг от друга) определение места производства выстрела производится путем наблюдения по линии, проходящей через оба повреждения, в направлении, противоположном движению снаряда. Причем оба повреждения надлежит осматривать одновременно. В целях установления местоположения стрелявшего наблюдение может вестись через бумажную трубку. Если расстояние между поврежденными объектами невелико, она вводится в оба повреждения. После такого визирования участок местности с предметами, видимыми в отверстие трубки, подлежит фиксации путем фотосъемки.

Предметное визирование осуществляется по «слепым» огнестрельным повреждениям, как правило, в замкнутых пространствах (помещениях). Сущность его заключается в том, что в указанное повреждение вставляется прут (ветка, шомпол), по оси которого до замыкающей пространство плоскости (например, стены, пола либо потолка) натягивается шпагат. Таким образом, в соответствии с конкретной обстановкой места происшествия посредством предметного визирования могут быть установлены следующие факты:

а) траектория полета снаряда;

б) местоположение стрелявшего;

в) возможное положение огнестрельного оружия на момент производства выстрела.

Предметно-визуальное визирование проводится на месте происшествия при наличии сквозных, а также «слепых» огнестрельных повреждений и сочетает в себе особенности как визуального, так и предметного методов визирования.

**Заключение**

Подводя итог, проделанной работы, хочу еще раз отметить, что при выстрелах с близкой дистанции повреждения тканей вызываются основным и дополнительными поражающими факторами (пороховые газы; отдельные несгоревшие зерна пороха (порошинки); копоть и т.д.), в то время как при выстрелах с неблизкого расстояния повреждения вызывается только основным поражающим фактором, т.е. непосредственно снарядом (пулей, дробью, картечью).

Действия дополнительных поражающих факторов при выстрелов с близкой дистанции находятся в прямой зависимости от дистанции. Наиболее полно действие дополнительных поражающих факторов отражается при выстрелах в упор.

Знания о механизме образования огнестрельного повреждения при различных дистанциях выстрела имеет большое практическое значения при расследовании преступлений, так как позволяет воссоздать картину происшествия. Например, установить, что имеет место инсценировка самоубийства с использованием огнестрельного оружия, при отсутствии признаков производства выстрелов в упор.

**2. Шизофрения**

**2.1 Клинические признаки шизофрении, особенности её течения**

**Шизофрения** - психическое заболевание с длительным хроническим течением, приводящее к типичным изменениям личности (шизофреническому дефекту). Для этого заболевания характерна своеобразная дискордантность (расщепление, разобщенность) мышления, эмоций и других психических функций.

Термин **шизофрения** дословно означает «расщепление души» («шизо» с греческого - расщепление, «френ» - душа, разум). **Шизофренические изменения личности** выражаются в нарастающей замкнутости, отгороженности от окружающих, эмоциональном оскудении, снижении активности и целенаправленной деятельности, утрате единства психических процессов и своеобразных нарушениях мышления. Эти болезненные изменения психики называют еще дефицитарной или минус-симптоматикой, т.к. они составляют дефект личности больного. Развитие же такого личностного дефицита (дефекта) тесно связано с различными психическими расстройствами, не являющимися абсолютно специфичными для этой болезни, но отражающими ее клиническую картину. Эти, так называемые вторичные или продуктивные расстройства (патологическая продукция головного мозга) могут быть представлены различными психическими нарушениями: галлюцинациями, бредом, снижением или повышением настроения, состоянием заторможенности или возбуждения, помрачением сознания.

**Причины шизофрении** и механизмы ее развития недостаточно изучены. Ведущая роль принадлежит наследственным факторам. В развитии болезни большое значение имеют пол и возраст. У мужчин заболевание начинается раньше, чаще протекает непрерывно с менее благоприятным исходом. Для женщин более характерно приступообразное течение заболевания, что в определенной степени связано с цикличностью нейро-эндокринных процессов (менструальная функция, беременность, роды), и прогноз в целом более благоприятен. Злокачественные формы заболевания обычно начинаются в детском и подростковом возрасте.

**Симптомы и течение:**

Клиника шизофрении представлена большим спектром психопатологических проявлений. Наиболее типичными являются нарушения интеллекта и эмоций. При расстройствах мышления больные жалуются на невозможность сосредоточить мысли, трудности в усвоении материала, неуправляемый поток мыслей, закупорку или остановку мыслей, параллельные мысли. В то же время для них характерна способность улавливать особый смысл в словах, предложениях, художественных произведениях. Они могут создавать новые слова (неологизмы), использовать при изложении своих мыслей и в творчестве определенную символику только им понятную абстракцию. В речи их бывает трудно уловить смысл в связи с витиеватым, логически непоследовательным изложением мыслей. У больных с длительным неблагоприятным течением болезни может отмечаться разорванность речи (потеря смысловой связи между отдельными частями предложения) или ее бессвязность (набор слов).

Кроме того, у больных могут отмечаться навязчивые мысли (возникающие помимо воли человека и чуждые его личности мысли, осознаваемые как болезненные, но избавиться от которых он не может). Это навязчивое воспроизведение в памяти дат, имен, терминов, навязчивый счет, навязчивые страхи, представления, рассуждения. Больной может длительное время проводить в раздумьях о смысле жизни и смерти, почему Земля круглая, а Вселенная бесконечна и т.д.

Со своими навязчивыми мыслями больной борется с помощью навязчивых действий - ритуалов, приносящих ему на определенное время облегчение. Так, например, при страхе заражения инфекционной болезнью или просто при страхе грязи больной должен строго определенное количество раз помыть руки. Если он это сделает, то немного успокаивается, если нет, то страх и беспокойство усиливаются. У больных могут возникать бредовые идеи ошибочные суждения и умозаключения, возникающие на болезненной основе, полностью овладевающие сознанием больного и не поддающиеся коррекции (больного невозможно разубедить). Бредовые идеи могут возникать первично, путем болезненной трактовки реальных фактов и событий, и вторично, т.е. на основе нарушения восприятия (галлюцинаций). Бредовые идеи могут быть различного содержания: преследования, отравления, колдовства, воздействия, ревности.

Весьма характерным для **больных шизофренией** является бред физического воздействия, когда им кажется, что на них действуют гипнозом, электромагнитным или рентгеновским излучением с помощью специальных установок, передатчиков, причем как с Земли, так и из космоса. При этом больные слышат в голове «голоса» тех людей, которые на них действуют, управляют их мыслями, эмоциями, движениями. Они могут видеть также «фильмы» или «специальные картинки», которые им показывают мнимые люди (голоса которых они слышат), ощущать различные запахи, чаще неприятные, испытывать тягостные ощущения в теле и голове в виде жжения, переливания, сверления, прострелов. Обманы восприятия (слуховые, зрительные, обонятельные, вкусовые, тактильные) или восприятие мнимых объектов и раздражителей и называется галлюцинациями.

Эмоциональные нарушения начинаются с утраты чувства привязанности и сострадания к родителям и близким людям, исчезновения интереса к учебе, работе, замкнутости, отгороженности. Иногда больные становятся грубыми, злобными по отношению к близким, к своим родителям относятся как к чужим людям, называя их по имени, отчеству. Исчезает чувство ответственности, долга, что отражается на поведении. Больные перестают выполнять свои обязанности, следить за своей внешностью (не моются, не переодеваются, не причесываются), бродяжничают, совершают нелепые поступки. Наряду с этими дефицитарными симптомами у больных в период обострения может быть подавленное (депрессивное) или повышенное (маниакальное) настроение. У больных наблюдается выраженное снижение волевой активности (целенаправленной деятельности), приводящее к полному безразличию (апатии) и вялости. Причем степень выраженности волевых расстройств, также как и эмоциональных, коррелирует с тяжестью дефекта личности. Так называемый апато-абулический синдром и составляет основу шизофренического дефекта.

Характерными для **больных шизофренией** являются своеобразные двигательно-волевые нарушения (кататонические). Больной может находиться в состоянии кататонического ступора (полной заторможенности). Такие больные могут долго (иногда недели, месяцы) лежать в утробной позе с согнутыми в коленях и прижатыми к животу ногами, не реагируя на окружающих, не отвечая на вопросы, не выполняя никаких инструкций. Они отказываются от еды, и персонал вынужден кормить их насильно (через зонд) во избежание голодной смерти. У некоторых больных встречается симптом воздушной подушки, при котором они лежат на спине с приподнятой над подушкой головой. Длительное сохранение определенной позы больным возможно в связи с имеющейся у них восковой гибкостью, которая появляется в результате своеобразного перераспределения мышечного тонуса. Больные могут достаточно долго сохранять и искусственно приданную им позу. Отказ от выполнения инструкций (негативизм) бывает пассивным (просто не реагирует на слова) и активным (делает наоборот).

У больных может появляться нецеленаправленное, хаотическое возбуждение (кататоническое) со стереотипными действиями, повышенной агрессивностью, непредсказуемостью поступков. У таких больных могут быть эхо-симптомы, когда они повторяют за кем-либо из окружающих слова, движения, копируют мимику. Больные в таком состоянии могут быть опасны для себя (наносят самоповреждения) и окружающих (агрессивные действия) и должны быть немедленно госпитализированы. Кататоническое состояние может сопровождаться сновидными галлюцинациями фантастического содержания (сон наяву или онейроидным помрачением сознания. Одним из наиболее неблагоприятных, злокачественных симптомов является состояние гебефрении - возбуждение с дурашливостью, манерностью, вычурностью движений и речи. Больные кривляются, гримасничают, дразнятся, искажают слова, отпускают различные шутки. Поведение их не управляемо и не предсказуемо. Это состояние часто сменяет кататоническое возбуждение.

Как видно из изложенного, клинические **проявления шизофрении** разнообразны, но имеют свои особенности. Различны и исходы болезни, от едва заметных изменений личности, мало влияющих на социальную адаптацию, до глубокого дефекта, делающего невозможным пребывание больного вне больницы. Эти различия связаны с течением болезни, степенью ее прогредиентности (прогрессирования), возрастом начала заболевания.

**Выделяют три типа течения шизофрении:**

· непрерывное;

· периодическое (**рекуррентная шизофрения**);

· шубообразное (от слова «шуб» - сдвиг, приступ).



**Распознавание:**

Представляет трудность лишь в начале заболевания. Если первый приступ при **периодической шизофрении** представлен чисто эмоциональными расстройствами, его трудно дифференцировать с фазой маниакально-депрессивного психоза. Возникают определенные сложности при постановке диагноза шизофрении в детском возрасте, так как первый выраженный приступ отмечается обычно лишь в подростковом возрасте. У детей среди симптомов болезни в большей степени представлены двигательные расстройства, страхи, навязчивости. Галлюцинации бывают преимущественно зрительные, вместо бредовых идей бредоподобные фантазии. Депрессия выражается в основном в заторможенности, капризах, недовольстве. Подъем настроения проявляется двигательной расторможенностью, веселостью, суетливостью. В ряде случаев для диагностики используется психологическое тестирование с целью определения особенностей характера, уровня и типа мышления.

**2.2 Судебно-психиатрическая оценка шизофрении**

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 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 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.

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. энергетического потенциала, прогрессирующая интравертированность, эмоциональное оскудение, «дискордантность», т. е. утрата единства психических процессов). Развитие такого личностного дефицита (дефекта) тесно связано с различными, колеблющимися в своей интенсивности продуктивными симптомами и синдромами - неврозо- и психопатоподобными, аффективными, бредовыми, галлюцинаторными (преимущественно псевдогаллюцинаторными), гебефренными, кататоническими, а также онейроидным помрачением сознания.

Хотя продуктивные симптомы болезни неспецифичны для шизофрении, их сочетание с особым личностным дефектом приводит к образованию характерных для этой болезни синдромов с закономерной динамикой. Развитие болезни, особенно ее выраженных форм, приводит к искажению или утрате прежних социальных связей, снижению психической активности, резкому нарушению поведения, особенно при обострении бреда, галлюцинаций и других продуктивных расстройств. Вследствие этого наступает значительная дезадаптация больных в обществе.

Однако многие больные с благоприятным (мягкое, малопрогредиентное) течением болезни не нуждаются в длительной госпитализации, сохраняют способность к адаптации, в ряде случаев занимаются высокопродуктивной профессиональной, в том числе творческой, деятельностью. Аналогичные благоприятные возможности адаптации создаются при течении болезни с редкими приступами.

Современная психиатрия располагает большими возможностями лечения и реадаптации больных шизофренией. Фатальный подход к клиническому и социальному прогнозу при этой болезни лишен оснований.

**Вывод**

Шизофрения - психическое заболевание, которое протекает с быстро или медленно развивающимися изменениями личности особого типа (снижение энергетического потенциала, прогрессирующая интравертированность, эмоциональное оскудение, «дискордантность», т. е. утрата единства психических процессов). Развитие такого личностного дефицита (дефекта) тесно связано с различными, колеблющимися в своей интенсивности продуктивными симптомами и аффективными, бредовыми, галлюцинаторными, а также помрачением сознания. Хотя продуктивные симптомы болезни неспецифичны для шизофрении, их сочетание с особым личностным дефектом приводит к образованию характерных для этой болезни синдромов с закономерной динамикой. Развитие болезни, особенно ее выраженных форм, приводит к искажению или утрате прежних социальных связей, снижению психической активности, резкому нарушению поведения, особенно при обострении бреда, галлюцинаций и других продуктивных расстройств. Вследствие этого наступает значительная дезадаптация больных в обществе. Однако многие больные с благоприятным (мягкое, малопрогредиентное) течением болезни не нуждаются в длительной госпитализации, сохраняют способность к адаптации, в ряде случаев занимаются высокопродуктивной профессиональной, в том числе творческой, деятельностью. Аналогичные благоприятные возможности адаптации создаются при течении болезни с редкими приступами.

Современная психиатрия располагает большими возможностями лечения и реадаптации больных шизофренией. Фатальный подход к клиническому и социальному прогнозу при этой болезни лишен оснований.

**Список используемой литературы**

1. Крюков В.Н. Судебная медицина Москва-2011г.

2. Самищенко С.С. Судебная медицина учебник для юридических вузов 2011 г.

. Судебная медицина В.Л. Попов. Судебная медицина в вопросах и ответах В.И. Акопов 2010г.

4.Судебная медицина: Учебник для вузов / под ред. - В.Л. Попов, В.Б. Шигеев, Л.Е. Кузнецов.-М.: ЗАО «Юстицинформ», 2008.

. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных.- М.: Медицина,1998.

6. Делёз Ж. <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%B7,\_%D0%96%D0%B8%D0%BB%D1%8C>, Гваттари Ф. <http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%93%D0%B2%D0%B0%D1%82%D1%82%D0%B0%D1%80%D0%B8,\_%D0%A4%D0%B5%D0%BB%D0%B8%D0%BA%D1%81&action=edit&redlink=1> (1972) Капитализм и шизофрения. // Екатеринбург: У-Фактория, 2008.

7. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. Л.: Медицина, 2002.

. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия: Учебник. М.: Медицина, 2005.

. Клиническая психиатрия: пер. с англ. доп. // гл. ред. Т.Б. Дмитриева - М.: Медицина, 2008.