**ЗМІСТ**

ВСТУП

РОЗДІЛ I ФОРМИ І КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ СЛАБОУМСТВА

1.1 Набуте слабоумство

1.2 Вроджене слабоумство

1.3 Ідіотія, імбецильність, дебільність

РОЗДІЛ II СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНА ЕКСПЕРТНА ОЦІНКА ОЛІГОФРЕНІЇ

ВИСНОВКИ

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

**ВСТУП**

**Слабоумство** — це хворобливий стан психіки (вроджений, набутий у ранньому дитинстві або такий, що розвинувся через психічне захворювання), який характеризується неповноцінністю розумової діяльності.

Слабоумство (недоумство, деменція) є синдромом захворювання мозку, як правило, хронічного чи прогресуючого характеру, коли з’являються порушення вищих коркових функцій (пам’яті, мислення, орієнтування, розуміння, здатності до навчання, мови та розсудливості).

Порушенню цих когнітивних функцій можуть передувати порушення емоційного контролю, соціальної поведінки чи мотивації.

Основним у цій патології є органічне ураження головного мозку внаслідок черепно-мозкової травми, судинного захворювання головного мозку, вірусних і бактеріальних нейроінфекцій, інтоксикації, пухлини мозку, неповного розвитку психіки через порушення генетичних, ендокринних, обмінних процесів тощо. За динамікою перебігу слабоумство може бути прогресуючим, статичним або зворотним.

Слабоумство спричинює різке зниження інтелектуального функціонування і часто порушення повсякденної діяльності (умивання, одягання, навичок у їжі, особистої гігієни, самостійного виконання фізіологічних функцій).

Основою діагностики слабоумства повинні бути дані про зниження як пам’яті, так і мислення такою мірою, що призводить до порушення індивідуального повсякденного життя. Порушення пам’яті в типових випадках стосується тільки можливості реєструвати, зберігати і відтворювати нову інформацію. Тому отриманий раніше і знайомий інформаційний матеріал втрачається швидко, а отриманий пізніше зберігається довше, особливо на пізніх етапах захворювання. Порушення мислення стосується здатності до міркування і змін у перебігу мислення, коли опрацювання інформації, яка надходить, порушується, що виявляється в наростаючих утрудненнях реагування на кілька стимулюючих чинників одночасно, як, наприклад, участь у розмові з кількома особами, і при переключенні уваги з однієї теми на іншу.

Розрізняють слабоумство вроджене (олігофренія) і набуте.

Олігофренії (з грецької – слабоумство) – це група вроджених або набутих у ранньому віці (до 3 років) хворобливих станів психіки, що характеризуються загальними клінічними ознаками, котрі дозволяють розглядати їх у практичній експертній роботі як єдину клінічну форму.

Олігофренії поєднує загальна психічна неповноцінність, що виявляється не тільки в недорозвиненості інтелекту і мислення, а й усіх інших психічних функцій: сприйняття, пам’яті, уваги, мови, локомоторних особливостей, емоційно-вольової сфери. Ступінь виразності вродженого слабоумства може бути дуже різним. Від інших форм недоумства олігофренія відрізняється тим, що вона є не зниженням інтелекту й інших функцій психіки, як це буває при інших психічних захворюваннях, а їх первинним недорозвитком.

Неправомірне зіставлення недорозвиненості олігофренів із психічною незрілістю дітей тієї чи іншої вікової групи, тому що мова йде про загальну психічну неповноцінність у зв’язку з хворобою. В олігофренів страждають якраз ті функції психіки, які мали би забезпечити їх нормальний розвиток.

Олігофренії спричиняють неправильне формування або раннє ураження головного мозку. Це може бути зумовлено спадковістю (неповноцінність статевих клітин у батьків, що теж можуть бути хворими на олігофренію, або й у здорових батьків, унаслідок дії інтоксикацій, опромінення та ін.). Різні шкідливі впливи на плід на ранній стадії розвитку теж можуть призвести до розвитку олігофренії, наприклад, алкоголізм, наркоманія матері тощо. Приблизно у третині випадків олігофреній причини з’ясувати не вдається.

Розумова відсталість широко розповсюджена в усім світі (1 — 3% населення). Приблизно 75% осіб, віднесених до розумово відсталих, мають легку відсталість (IQ>50). Інші, тобто ті, у кого IQ<50, складають приблизно 4 на 1000 населення 10 — 14 років. В останні роки відзначається деяке збільшення кількості розумово відсталих. Це порозумівається ростом загальної тривалості життя, а також більшою виживаністю дітей з пороками розвитку і дефектами НС завдяки успіхам медицини. Має значення і більш точний, чим колись, облік олігофренів у багатьох країнах.

Розповсюдженість олігофреній у статистичних даних різних регіонів України дуже коливається (від 0,2% до 5% і більше). Суттєва строкатість характеристик розповсюдженості олігофреній серед населення має своє пояснення через об’єктивні причини. Це, наприклад, вплив такого фактора, як різна ступінь вираженості розумового недорозвитку. Якщо тяжкі форми з успіхом розпізнають навіть неспеціалісти, то хворі на олігофренію легкого ступеня, зокрема пограничні з психічною нормою, 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 (т. зв. 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 праці, для чого є необхідним засвоєння відносно складних знань (різниця між рівнем урбанізації, між містами та віддаленими сільськими місцевостями).

**РОЗДІЛ I ФОРМИ І КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ СЛАБОУМСТВА**

**1.1 Набуте слабоумство**

До цієї групи входять різні види слабоумства, названі як за іменами авторів, що їх описали (слабоумство при хворобах Альцгеймера, Піка, Крейцфельдта — Якоба, Гентингтона, Паркінсона), так і за причина ми їх виникнення (судинна (атеросклеротична) деменція, слабоумство при отруєнні окисом вуглецю; церебральному ліпідозі; епілепсії; прогресивному паралічі у душевнохворих; гепатолентикулярній дегенерації (хворобі Вільсона); гіперкальціємії; гіпотиреоїдизмі; інтоксикаціях; множинному склерозі; нейросифілісі; дефіциті нікотинової кислоти (пелагрі); вузловому поліартриті; системній червоній волчанці; трипаносомозах; дефіциті вітаміну В12; СНІД інфекції). Поєднують цю групу загальні клінічні ознаки: поступовий, малопомітний початок, поступове порушення пам’яті, мислення, зростаюча інтелектуальна неспроможність і незворотність цих розладів.

У типових випадках прогресуюче слабоумство характеризується тим, що у хворих відповідно до віку рано з’являються порушення пам’яті та орієнтування у просторі. Крім того, зростають млявість, апатія, байдужість, що виявляються в емоційному притупленні, зниженні психічної активності, загальному збіднінні практичних навичок (афазія, аграфія, алексія, апраксія). Водночас спостерігається ослаблення вищих форм інтелектуальної діяльності, знижується рівень розсудів, продуктивність мислення, зникає критичне ставлення до свого стану. В окремих випадках з’являються: розгальмованість потягів, підвищений настрій, розгорнуті епілептичні напади.

При подальшому розвитку слабоумства виявляються значне ослаблення пам’яті, розлад мови з наступним повним її зникненням.

На кінцевій стадії розвитку хвороби спостерігається виражене фізичне виснаження — кахексія, явища маразму. Смерть настає внаслідок приєднання різних інфекційних захворювань.

Судинна (атеросклеротична) деменція**.** Судинні захворювання головного мозку є наслідком загального захворювання судинної системи організму.

На ранній стадії атеросклерозу судин головного мозку з’являється неврозоподібна симптоматика, коли виявляються знижена працездатність, підвищена стомлюваність, запальність, дратівливість, слізливість, зниження пам’яті на поточні події, неуважність, легка виснажливість при психічному напруженні, загострення рис характеру, поганий сон чи сонливість, головний біль, запаморочення.

При наростанні атеросклеротичних змін у хворих дедалі чіткіше виявляються зниження пам’яті на поточні події, розлад уваги чи її нестійкість, згодом з’являються ознаки слабоумства, коли хворі не можуть зрозуміти абстрактний зміст, не відрізняють основної ознаки від другорядної, завдяки чому їхні розповіді переповнені зайвими подробицями, а мова стає невиразною, бідною на слова. Крім того, у них змінюється сприйняття, що стає частковим та уповільненим, з’являються нестримання емоційних реакцій, елементи силуваного плачу і сміху, порушується критичне ставлення до свого стану.

При цьому спостерігається дисоціація між глибоким слабоумством і збереженістю окремих зовнішніх звичних форм поведінки (манера триматися з оточуючими, а також сформовані за життя навички).

Психотичні форми старечого слабоумства зазвичай виникають на початку захворювання, зокрема найчастіше виявляються маячення збитку, зубожіння, отруєння і переслідування. Маячні ідеї завжди пов’язані з конкретною ситуацією, вибудовуються на хворобливій інтерпретації реальних обставин і поширюються здебільшого на осіб з найближчого оточення.

Іноді маячні ідеї поєднуються із зоровими та слуховими галюцинаціями. Тривалість такого стану коливається від одного до чотирьох років, іноді й більше. При наростанні слабоумства маячні ідеї розпадаються.

Хворі на атеросклеротичне слабоумство схильні до протиправних вчинків через неповне усвідомлення і нездатність критично оцінювати те, що відбувається, а іноді й під впливом інших, активніших осіб, виявляючи тим самим підвищену навіюваність. Тому в протиправних вчинках таких хворих виявляються інтелектуальна неспроможність і відсутність можливості прогнозування наслідків своїх дій.

При вирішенні питання осудності чи неосудності хворих на церебральний атеросклероз експертний висновок ґрунтується на медичному і юридичному критеріях неосудності, передбачених ст. 19 Кримінального кодексу України. Особи, які перебувають на початковій стадії церебрального атеросклерозу з явищами легкої астенії і невротичними проявами, вважаються осудними, ступінь змін психіки таких хворих не позбавляє їх можливості усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними. Вони здатні правильно осмислювати ситуацію і критично оцінювати власну поведінку.

Особи з виразним атеросклеротичним слабоумством і атеросклеротичними психозами вважаються неосудними щодо вчинених ними протиправних діянь. У такому разі, а також якщо динамічні зрушення у структурі психічних порушень розвинулися вже після здійснення інкримінованих хворому дій, постає питання про застосування до нього примусових заходів медичного характеру.

Останніми роками експертна оцінка судинних захворювань головного мозку набуває в цивільному процесі щодалі більшого значення.

Наявність у особи ознак виразного слабоумства, що спостерігались під час здійснення нею цивільного акту, є показанням для визнання такої особи не здатною розуміти значення своїх дій і керувати ними, тобто недієздатною.

**1.2 Вроджене слабоумство**

Олігофренія (розумова відсталість, дебільність) — це стан затримуваного чи неповного розвитку психіки людини, що характеризується порушенням її когнітивних, мовних, моторних і соціальних здібностей, які повинні забезпечувати загальний рівень інтелектуальності.

Основною ознакою вродженого слабоумства є недорозвиненість пізнавальних здібностей і особистості загалом. Провідну роль у структурі психічних порушень відіграють недостатність абстрактного мислення, підвищена навіюваність, розлади здібностей до критики, утруднення щодо прийняття самостійного рішення у складних соціально-психологічних ситуаціях і виражена залежність поведінки розумово відсталих осіб від таких ситуацій, імпульсивність. Когнітивна недостатність може виявлятися в утрудненні сприйняття, порушенні активної уваги, слабкому запам’ятовуванні, консерватизмі мислення, недоступності формування гіпотез і висновків, егоцентризмі, недостатній ініціативі та низькому рівні спонукань.

До типових особистісних особливостей при розумовій відсталості належать низька, негативна оцінка хворим самого себе, пасивність, залежність, агресивність і аутоагресивність, невміння контролювати себе. При цьому захист від низької самооцінки і почуття неповноцінності часто виявляється неадекватно й може призводити до поведінкових порушень.

В осіб з вродженим слабоумством може спостерігатися широкий діапазон психічних розладів (розлади сприйняття, пам’яті, мислення, уяви, свідомості, емоцій та волі), з частотою, що в 3–4 рази більша, ніж у загальній популяції. Крім того розумово відсталі особи часто стають жертвами несприятливих соціально-психологічних ситуацій, фізичного та сексуального насильства чи самі можуть вчиняти суспільно небезпечні дії. Судово-психіатричний досвід свідчить, що серед осіб із психічними розладами, які піддавалися судово-психіатричній експертизі з метою визначення їх можливості правильно сприймати обставини, що мають значення для справи, і давати про них правильні свідчення, кожний третій підекспертний мав ознаки розумової відсталості.

Згідно з міжнародною класифікацією психічних і поведінкових розладів 10-го перегляду (МКХ-10) вроджене слабоумство (олігофренія, розумова відсталість, дебільність) поділяється на такі види: легка, помірна, тяжка і глибока розумова відсталість.

Легка розумова відсталістьхарактеризується тим, що хворі, попри затримку психічного розвитку набувають навичок експресивної мови і можуть використовувати мову в різних цілях. Основні утруднення у них виникають при підвищенні вимог соціального середовища, а також при орієнтації в середовищі зі складними контекстами, значеннями, символами і цінностями, що мало зрозумілі розумово відсталій особі. Однак особи з легкою розумової відсталістю можуть працювати там, де потрібні здібності до малокваліфікованої практичної діяльності, а також дотримуватись вимог щодо сімейного життя, виховання дітей, адаптуватися до культурно-побутових норм і традицій.

Водночас конфлікт між очікуваною уявою про себе і реальним образом може стати джерелом стресу, тривоги і тривати все життя. Спілкування у таких хворих пов’язане з великими утрудненнями, які ще більшою мірою посилюють відчуття особистої неповноцінності та фрустрацію. Для них характерна поведінка аутизму (замкненості, відгородженості) і агресії, а внаслідок низької самооцінки створюються умови для розвитку депресивних станів.

Помірна розумова відсталістьхарактеризується повільним розвитком розуміння і слабкою можливістю використовувати мову, а тому розвиток особистості значно обмежений. У таких хворих загальмований розвиток навичок самообслуговування і рухів. Часто такі хворі потребують постійної опіки і допомоги протягом усього їхнього життя. Водночас окремі особи з помірною розумовою відсталістю (імбецильністю) здатні засвоїти просте читання, письмо, навчитися лічити. Спеціальні освітні програми допомагають розвинути у таких хворих обмежений потенціал, сформувати окремі базисні навички.

Такі програми відповідають повільному характеру навчання з невеликим обсягом шкільного матеріалу. У зрілому віці окремі особи з помірною розумовою відсталістю можуть виконувати просту практичну роботу за умови конкретно сформульованого завдання і забезпечення кваліфікаційного нагляду за їх діяльністю. Таким хворим дуже рідко вдається жити самостійно, оскільки недорозвинені інтелект і особистість заважають засвоєнню системи моральних цінностей, основних норм соціальної поведінки, а через це хворі неспроможні до самостійного сімейного, суспільного і трудового життя.

Тяжка і глибока розумова відсталістьхарактеризується вираженим ступенем розладів рухів чи інших відповідних дефектів, що свідчить про аномальний розвиток центральної нервової системи. До цього часто додаються тяжкі неврологічні й соматичні порушення, епілепсія, аутизм, розлади зору і слуху. Більшість таких хворих нерухомі чи значно обмежені в рухах, не тримають сечі й калу, з ними можливі тільки найпростіші форми спілкування. Вони практично не здатні самостійно піклуватися про свої потреби і тому потребують постійного нагляду і допомоги.

Для судово-психіатричної оцінки легкої розумової відсталості головним є констатація збереженості можливості засвоювати систему моральних заборон і основних норм соціальної поведінки. Підекспертні з легкою розумовою відсталістю можуть свідомо регулювати власну поведінку в юридично значущих ситуаціях, а також передбачати можливі наслідки своїх вчинків. Це може означати, що наявність медичного критерію (легка розумова відсталість) не створює умов для виникнення юридичного критерію неосудності, тому що такі хворі можуть усвідомлювати значення своїх дій і керувати ними, а тому їх слід визнавати осудними.

Аналогічно легка розумова відсталість не заважає суб’єкту своїми діями набувати для себе громадянських прав і виконувати відповідні обов’язки, а також правильно сприймати обставини, які мають значення для справи, і давати про них правильні свідчення. Вирішальним є встановлення факту здатності чи не здатності хворого з розумовою відсталістю за наявності у нього інтелектуального недорозвинення і порушень особистості усвідомлювати реальну соціально психологічну ситуацію і згідно з цим визначати, організовувати усвідомлювати свою поведінку, розуміти її правове значення при вирішуванні питань про осудність, дієздатність, можливість правильно сприймати обставини, які мають значення для справи, і давати щодо них правильні свідчення.

Особи з помірною розумовою відсталістю дуже рідко піддаються судово-психіатричній експертизі з метою вирішення питання про їх осудність. Це пов’язано з тим, що за психічним станом вони безініціативні й нездатні самостійно організовувати власну поведінку, перебувають під постійним наглядом і тому не вчиняють суспільно небезпечних дій. Найчастіше через власну пасивну підпорядкованість і навіюваність вони стають об’єктами сексуальних домагань і в цьому зв’язку піддаються судово-психіатричній експертизі з метою визначення їх здатності правильно сприймати обставини, які мають значення для справи, і давати про них правильні свідчення.

Велика залежність від піклувальників, а також значний когнітивний дефіцит не дають можливості особам з помірною розумовою відсталістю сформувати уявлення про себе як самостійну особистість, і це перешкоджає їм вирізнити уявлення про себе та оточуючих як про самостійні категорії. Усі дії осіб з помірною розумовою відсталістю характеризуються імпульсивністю, неусвідомлюваністю й нерозумінням їх протиправності. Такі особи не можуть соціально-психологічно організовувати власну поведінку, не здатні розуміти протиправність і караність певних соціальних дій, оцінювати юридично значущі ситуації. Тому вони неосудні, недієздатні й не можуть правильно сприймати обставини, які мають значення для справи, і давати про них правдиві свідчення.

**1.3 Ідіотія, імбецильність, дебільність**

Для визначення ступеня розумової недостатності в кількісному виразі у нас і за кордоном застосовується інтелектуальний коефіцієнт – IQ. Градація за ступенем виразності вродженого слабоумства дозволяє всі варіанти олігофренів розділити на 3групи: ідіотію (ІQ=20), імбецильність (ІQ=20–50), дебільність (ІQ=50–70). Необхідно пам’ятати про певну умовність такої градації, про наявність проміжних станів, особливо при практичній оцінці ідіотії і дебільності різного ступеня вираженості. У деяких випадках буває важко віддиференціювати легку імбецильність від тяжкої дебільності або легку дебільність від проявів низької інтелектуальної норми. В практиці судово-психіатричної експертизи це набуває особливого значення при визначенні осудності-неосудності чи дієздатності-недієздатності.

Соматичні ознаки олігофренії найчастіше виявляються у вадах розвитку. Іноді вони настільки типові, що на їх основі ставиться діагноз ще до того, як виявлено психічний недорозвиток (наприклад, мікроцефалія – зменшені розміри голови; хвороба Дауна, коли виразний характерний зовнішній вигляд).

**Ідіотія –** найбільш глибоке вроджене слабоумство. При цій формі олігофренії майже повністю відсутня мова й інші психічні функції. Ознаки ураження головного мозку (різко збільшена чи зменшена голова й інші спотворення як результат патології внутрішньоутробного розвитку) при ідіотії звичайно виявляються одразу ж після родів. Через велику патологію мозку життя ідіотів рідко триває до 20 років, вони не можуть оволодіти навіть елементарними життєвими навичками. При ідіотії вкрай послаблені або спотворені реакції на навколишній світ. Сприйняття слабо диференційоване, фіксація уваги неможлива; ідіоти фактично не можуть навчатися.

Їхні рухи погано координовані, виконання планомірних актів практично неможливе. Вони не можуть самостійно пересуватись, їх не вдається привчити до дотримання елементарної гігієни. Навіть досягаючи підліткового та юнацького віку, хворі виразною мовою так і не оволодівають; вони не розуміють змісту зверненої до них мови, хоч іноді правильно починають реагувати на інтонацію. Хворі або залишаються нерухомими, або протягом багатьох годин виконують стереотипні рухи (розгойдуються, смокчуть пальці, плещуть у долоні тощо), при цьому вираз обличчя залишається тупим, рот відкритим. Іноді цей стан змінюється спонтанним збудженням. Під час такого безмотивного збудження хворі можуть хаотичними рухами нанести тілесні пошкодження особам, які здійснюють нагляд за ними. Однак, зважаючи на виразну наявність психічної хвороби, стосовно ідіотів кримінальні справи ніколи не порушуються і в судово-психіатричній практиці не зустрічаються.

Хворі залишаються повністю безпомічними, не усвідомлюють своєї неповноцінностіі потребують постійного догляду.

**Імбецильність –** менш глибока ступінь вродженого слабоумства. Серед інших форм олігофренії вона зустрічається до 10%. На відміну від ідіотів, імбецили можуть виявляти елементарні, але все таки диференційовані і різноманітні реакції на навколишнє середовище. Вони можуть орієнтуватися в уже опанованій ними ситуації, однак зовсім розгублюються в новій ситуації. Мова при імбецильності примітивна, аграмтична, невиразна, хоч словниковий запас хворих іноді досягає 200–300 слів; вони можуть вживати нескладні фрази та розуміти їх. Їм доступні елементарні узагальнення, вони володіють деякими відомостями в межах простих побутових знань, здатні орієнтуватись у нескладних питаннях побутової обстановки. Однак утворення абстрактних понять їм недоступне, логічні операції здійснюються на дуже низькому рівні, мислення надто конкретне, тугорухоме. Логічна пам’ять при імбецильності відсутня, але механічна пам’ять може бути задовільною, що сприяє засвоєнню деяких елементарних знань і навичок, які правильно, хоч і стереотипно, використовуються в звичній ситуації. У випадках менш тяжкої імбецильності, не дивлячись на низький розвиток інтелекту, безпосередні емоційні реакції можуть бути відносно розвиненими. Це дозволяє навіть встановлювати певні індивідуальні характерологічні відмінності. Відзначається і розвиток ознак особистісного самоусвідомлення, емоційно диференційоване ставлення до оточуючих. Багато імбецилів надзвичайно прив’язані до близьких, можуть співчувати іншим людям, охоче намагаються наслідувати добрим прикладам. Загалом же імбецилів характеризує збідненість, одноманітність емоцій, відсутність ініціативи, здатності до самостійної організації своєї поведінки.

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 якої-небудь усвідомленості і, тим більше, розуміння протиправності. В рідкісних випадках, коли з міркувань юридичного порядку (наприклад, для оформлення закриття справи, пов’язаної зі знищенням матеріальних цінностей у результаті підпалу) проводиться судово-психіатрична експертиза, олігофрени завжди визнаються неосудними. Вони також не можуть бути дієздатними, над ними завжди встановлюється опіка.

**Дебільність –** найлегша і найрозповсюдженіша форма олігофренії. Для судової психіатрії вона має особливе значення. Це пояснюється тим, що серед інших форм олігофренії по суті лише хворі на дебільність становлять значну частину направлених на судово-психіатричну експертизу.

Виразність психічного недорозвитку при дебільності може бути різною: від тяжкої, близької до імбецильності до легкої, що межує з практичною нормою, тобто рівнем психічно здорових осіб із низьким інтелектом. Це визначає велику неоднорідність клінічних проявів, різний темп психічного розвитку і різний рівень (ступінь) виразності психічного дефекту, котрий спостерігається у хворих із надбанням життєвого досвіду. В цьому сенсі прийнято розрізняти глибоку, помірно виражену та легку дебільність.

Чим більше виражена дебільність, тим раніше вона виявляється. При глибшому ступені хвороби відставання у психічному розвитку виявляється вже в ранньому дитинстві. Характерною є зовнішність (непропорційна тілобудова, погана координація рухів, дурнуватий вираз обличчя); хворі пізно (після 3–5 років) починають ходити і розмовляти, їх мова часто залишається недорозвиненою, вони недотепні, не вловлюють змісту найпростіших дитячих розваг, відсутня дитяча допитливість. Темп психічного розвитку в таких хворих низький, їм рідко вдається закінчити навіть допоміжну школу. Хворі залишаються безпомічними і потребують постійного догляду.

Легша (помірна) дебільність виявляється дещо пізніше. Такі хворі ходять до школи, але з самого початку виявляють нездатність повноцінно усвідомити навіть відносно легкий навчальний матеріал, будь-які звичайні педагогічні зусилля покращити успішність не мають успіху. Як правило, після 2–4-го класу цих хворих переводять у спеціальні школи або інтернати для розумово відсталих дітей. Там за допомогою спеціальних методів навчання хворі навіть із середнім (помірно вираженим) ступенем дебільності набувають навичок читання, рахування, письма, а дехто – навіть більш складного пізнання. В процесі навчання чітко виявляється слабкість абстрактного мислення. Хворі встановлюють різницю між предметами та явищами лише за зовнішніми ознаками, не здатні передати прихований зміст прислів’їв і метафор. Осмислювання та логічне запам’ятовування підмінюється механічним завчанням, сліпим наслідуванням. Відзначається слабкість активної цілеспрямованої уваги: вона тяжко привертається, погано фіксується, легко розсіюється. Переважає пасивна увага з бездумною реєстрацією навколишнього.

Мова відзначається збідненим запасом слів; відомі слова вживаються в елементарних зв’язках, узагальнення значень слів малодоступне. Характерні неправильні за змістом вживання слова, переважають мовні штампи, та короткі, примітивно побудовані фрази. У допоміжних школах хворі нерідко одержують прості виробничі навички (як правило спеціальності, що вимагають механічної стереотипної праці) та надалі працюють або в трудових майстернях психіатричних установ, або навіть за отриманим фахом на загальних умовах. Однак після закінчення допоміжної школи дебільні особи явно вирізняються бідним запасом знань, вузьким колом інтересів, відсутністю ініціативи та самостійності, уповільненістю й інертністю психічних процесів. Основна складність для цих хворих – пристосування до нових незвичних ситуацій, коли встановлені схеми шаблони поведінки вже недостатні, не підходять і стають необхідними не тільки осмислення, а й елементи творчого підходу до розв’язання завдань і труднощів, які виникли.

Хворі з найменшою вираженістю слабоумства (легкий ступінь дебільності) виявляються пізніше за інших, у зв’язку зі зміною звичного для них життєвого стереотипу. Багатьом із них все таки вдається закінчити дев’ятирічну загальноосвітню школу чи навіть ПТУ. Дебільність у цих випадках, звичайно,

виявляється при намаганні продовжити освіту, під час проходження медичних комісій (найчастіше в зв’язку з призовним віком), в перші тижні служби в армії, на новому місці роботи, а також при судово-психіатричному обстеженні. У таких дебільних осіб часто непогано розвинена мова, їх поведінка практично адекватна і самостійна, якщо порівнювати з глибшою олігофренією; добра здатність наслідувати і механічна пам’ять певною мірою маскують слабкість мислення. Тільки ретельніше дослідження спеціальними методами виявляє у хворих при легкому ступені дебільності недостатність абстрактного мислення, переважання конкретних асоціацій. Абстрактні поняття в них пов’язані не стільки з певним змістом, скільки зі словесним запозиченням, наслідуванням. Перехід від простих до складніших узагальнень (від конкретних до абстрактних) для них є утрудненим.

Вищий рівень узагальнення, пов’язаний із переходом від чуттєвого пізнання до абстрактного мислення, навіть при легкій дебільності є неможливим.

Не дивлячись на загальну ознаку олігофренії – недорозвиненість психіки загалом, особи, котрі страждають на дебільність, мають свою індивідуальність як за характерологічними особливостями, так і за соціальними, що, на відміну від імбецильності і тим більше від ідіотії, дозволяє говорити про особистісні особливості хворих. Ці особливості спостерігаються в різних ступенях виразності між двома основними варіантами: з одного боку, крайньою розгальмованістю, рухливістю, збудженістю, настирливістю, конфліктністю, гіперсексуальністю хворих, а з іншого – постійною загальмованістю, в’ялістю, апатичністю, байдужістю до всього навколишнього. Часто всі прояви виражені помірно, в деяких випадках характерологічні особливості дебільних осіб нагадують окремі варіанти патології характеру при психопатіях, а іноді вони виразні настільки дисгармонійно, що можна говорити про емоційно-вольові порушення, які досягають рівня хворобливих розладів.

Особливою рисою емоційної сфери дебільних осіб при всіх характерологічних варіантах є недостатність вищих емоцій, що проявляється у хворих за відсутності природної для здорової людини потреби пізнати навколишнє середовище: в них є цікавість, але немає потягу до пізнання. Загальна особливість вольової сфери – поєднання слабкості ініціативи з імпульсивністю поведінки, підвищеної навіюваності, схильності до наслідування зі впертістю. При всій слабкості витримки та низькій здатності стримувати свої потяги, недостатності цілісного обмірковування своїх вчинків і підвищеній навіюваності хворі з легким ступенем дебільності можуть достатньо корегувати свою поведінку залежно від зміни ситуації та передбачати наслідки своїх вчинків.

Особистісні особливості хворих на дебільність унаслідок їх підвищеної навіюваності і схильності до наслідування значно більше, ніж у здорових, визначаються особливостями соціально-психологічного клімату, в якому проходить їхнє життя. На одному і тому ж рівні психічного недорозвитку дебільні особи можуть бути доброзичливими до оточуючих, відданими, улесливими, старанними до роботи, що не потребує ініціативи, самостійності, швидких реакцій, переключення на незнайомі операції. Такі хворі навіть обзаводяться власними сім’ями, бувають дбайливими в подружньому житті та батьківстві. Хоч, як правило, розумово відсталі схильні до підвищеної самооцінки, тим не менше багато хто з них усвідомлює свою недолугість, переживає через це, намагається приховувати свою хворобу чи якось компенсувати її. З іншого боку, якщо особистість, що страждальців на дебільність формується в несприятливих умовах, то соціально-педагогічна занедбаність не тільки сприяє ще більшій затримці психічного розвитку, а й призводить до утворення антисоціальних тенденцій: негативного ставлення до праці, до загальноприйнятих норм поведінки. Такі хворі легко пристають до осіб із делінквентною поведінкою, рано починають курити, вживати алкоголь, наркотики, скоювати крадіжки й інші протиправні вчинки.

В основі олігофренії є стала неповноцінність головного мозку, що спостерігається з народження чи з перших років життя, тому при олігофреніях не існує тієї динаміки, яка характерна при процесуальних захворюваннях (наприклад, шизофренії), коли можна говорити про початок захворювання, його розвиток, зміну синдромів і вихід у видужання або в кінцевий стан. В олігофренів можуть відбуватися тимчасові погіршання психічного стану через неповноцінність мозку, що, зазвичай, виявляється в сильних головних болях, розладах настрою (дисфоріях). Через цю ж причину в них підвищена чутливість до різних інтоксикацій (алкоголю, наркотиків, інфекцій), що може бути в основі легкості виникнення короткочасних психотичних станів; останні можуть бути з галюцинаціями, афектом страху, психомоторним збудженням. Динаміка при олігофреніях іноді проявляється і в тому, що під впливом несприятливих факторів у цих хворих може відбутися декомпенсація – тимчасові або більш стійкі погіршання психічного стану. Короткочасне, але таке, що може привернути до себе увагу, поглиблення інтелектуальної недостатності може спостерігатися під впливом сильного афекту страху, переляку у психотравмуючій ситуації. Такі хворі протягом кількох днів (іноді кількох годин) справляють враження глибоко слабоумних (до ступеня тяжкої імбецильності), тоді як у звичайному стані є неглибокими дебілами. В суб’єктивно складних психотравмуючих ситуаціях у хворих на олігофренію нерідко трапляються стани гострої розгубленості. Своєрідною патологічною реакцією у страждальців на олігофренію буває реакція суму за домівкою (ностальгія), що виникає при зміні звичного життєвого стереотипу. Остання характеризується наростаючим відчуттям нуді, суму і тривоги, внутрішнім неспокоєм, недостатньо чітким і диференційованим сприйняттям того, що відбувається, суб’єктивним прагненням до розрядки. Однак бажання покинути нову обстановку, піти додому позбавлене продуктивних планів реалізації. Так, наприклад, один із хворих, потрапивши на віддалений від дому призовний пункт, несподівано вийшов зі строю і зі словами “хочу додому, до мами”, не звертаючи уваги на оточуючих, побіг, хоча дороги додому не знав. У деяких дебілів після арешту виникають інші тимчасові хворобливі стани: реактивні психози катотоноподібні стани, істеричні реакції, пуерилізм (дитяча поведінка), тривожно-депресивний стан.

**РОЗДІЛ II СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНА ЕКСПЕРТНА ОЦІНКА ОЛІГОФРЕНІЇ**

Особи, які страждають олігофренією, складають близько 8% тих, які направляються на судово-психіатричну експертизу; це в більшості випадків обвинувачені, але можуть бути і потерпілі, позивачі і відповідачі. Ідіоти й імбецили правопорушень не вчиняють через свою безпорадність, а якби і вчиняли суспільне небезпечні діяння, те були б визнані неосудними через глибокий ступінь недоумства. Крім того, смороду майже постійно знаходяться під наглядом. Що стосується дебілів, те висновок про їхню осудність повинний будуватися на підставі урахування ступеня розумового недорозвинення, характерові самого правопорушення і всієї клінічної картини в шкірному конкретному випадку.

Особи з легкою дебільністю здатні свідомо регулювати свою поведінку в юридичне значущих ситуаціях, можуть передбачати наслідки своїх дій і тому визнаються осудними і дієздатними.

Олігофренів з неглибоким розумовим дефектом можна допитувати на досудовому слідстві та в судовому процесі в якості свідків і потерпілих, оцінюючи їхні показання в поєднанні з іншими доказами. Необхідно враховувати також, що олігофрени мають схильність до обмов і самообмов. Це може бути наслідком переляку, розгубленості або бажання своєрідного «звеличення» своєї особи.

При ідіотії й імбецильності хворі є недієздатними. Також недієздатними є дебіли в тяжкому ступені хвороби, які в силу психічної неповноцінності не здатні розуміти значення своїх дій, керувати ними та передбачати наслідки їх здійснення. За наявності дебільності більш легень ступенів ці особи визнаються дієздатними. Смороду можуть укладати різні цивільні догоди і складати домов, одружуватися, виховувати дітей тощо.

Як правило встановлення правильного діагнозу олігофренії не викликає особливих утруднень, а от визначення ступеня слабоумства у багатьох, хто проходить судово-психіатричне обстеження, буває складним. Хворі з дуже глибоким, тяжким слабоумством украй рідко скоюють суспільно небезпечні дії і направляються на експертизу. Більшість із тих, що піддаються обстеженню, є дебільними особами, в яких ступінь глибини психічної неповноцінності і здатність розуміти свої дії та керувати ними далеко не так очевидні.

Хоча констатація вродженого слабоумства показує, що мова йде про патологічний, зумовлений хворобою стан, однак виступати як медичний критерій неосудності вона може бути лише в поєднанні з юридичним критерієм. Без цього психічна атологія (легка ступінь слабоумства) може бути лише умовою, що сприяє скоєнню протиправної дії, яку суд має право враховувати як обставину, котра пом’якшує відповідальність. Фактичний психічний недорозвиток цих хворих стає медичним критерієм неосудності тільки тоді, коли він позбавляє хворого можливості розуміти свої дії або керувати ними. У загальній картині психічного стану хворих на олігофренію слабоумство не виступає без емоційно-вольових розладів. У цьому зв’язку при визначенні юридичного критерію необхідно оцінювати слабоумство тільки в комплексі з емоційно-вольовими розладами. Вирішальним є встановлення факту: здатний чи не здатний хворий при наявності в нього у структурі інтелектуального недорозвитку та емоційно-вольових порушень адекватно відображати реальну соціально-психологічну ситуацію, відповідно до неї визначати, організовувати й усвідомлювати свою поведінку, розуміти її як протиправну. Якщо такої здатності немає, то мова йде про юридичний критерій неосудності; існуюча психічна патологія повинна розглядатись як медичний критерій неосудності (власне ця єдність і передбачається ст. 19 ККУ). Коли ж у дебільної особи прослідкувати формування антисоціальних тенденцій під впливом соціально-психологічних факторів, якщо мотивація антисуспільного вчинку відображає реальні обставини і прийняття рішення про скоєння такого вчинку виходило з розуміння його протиправності і карності, то реалізація цього рішення (скоєння злочину) не має у таких хворих принципової відмінності від злочинів психічно здорових, що й не дає підстав, навіть при наявності певного психічного недорозвитку, говорити про критерії неосудності.

Таким чином, особливістю олігофренії є те, що ці хворі більше, ніж при яких-небудь інших формах психічної патології, можуть визнаватися й осудними, і неосудними. В багатьох випадках експертиз, проведених одним і тим же дебільним особам через декілька років у зв’язку з покращанням психічного стану та соціальної адаптації, давалося заключення про осудність, хоча раніше, при попередніх притягненнях до кримінальної відповідальності, вони клінічно обґрунтовано визнавалися неосудними.

Серед різних видів протиправних дій, що скоюються дебільними особами, найбільш типові майнові – це, зазвичай, дрібні крадіжки, нерідко під впливом психічно здорових зловмисників. На другому місці за частотою стоїть хуліганство.

Дуже велика в цих осіб (зокрема, в юнацькому віці) питома вага сексуальних деліктів. Ризик скоєння протиправних дій хворими олігофренією різко зростає, коли вони знаходяться під впливом антисоціального середовища. Найбільшу небезпеку становлять дебільні особи у стані сп’яніння, коли підсилюється і без того наявна слабкість стримування своїх потягів, прогнозування наслідків своїх вчинків. Майже всі дебіли, котрі проходять експертизу, скоюють суспільно небезпечні дії в станів сп’яніння. Більшість із них почали систематично вживати спиртні напої в віці до 14 – 15 років, на момент правопорушення вже страждали на хронічний алкоголізм.

Найтяжчі делікти скоюються в стані сп’яніння. Розпізнаванню істинного рівня вродженого слабоумства під час судово-психіатричного обстеження іноді заважають спроби хворих підсилити наявну психічну неспроможність (агравація) або симулювати не властиві їм психічні розлади (наприклад, скаржаться на “голоси” в голові). Однак нездатність хворих імітувати цілісну картину психічних розладів, наївний і неприхований характер прикидань досить швидко дозволяють встановити, що насправді цих розладів немає. І, навпаки, дебільні особи нерідко хочуть, щоб їх визнавали осудними та ставилися до них, як до нормальних людей. Ці хворі можуть легко визнавати себе винними і вимагати, щоб їх за скоєне засудили, говорити, наприклад, що не можна вбивати, красти. Однак між цими формальними ствердженнями та реальною здатністю усвідомлення, обмірковування ними цього “не можна”, а, тим більше, здатністю до більш-менш адекватного прогнозування наслідків своїх вчинків може бути великий розрив, який свідчить про значну глибину вродженого слабоумства.

Різні види судово-психіатричних експертиз, що проводяться хворим на олігофренію, потребують більш диференційованого підходу, ніж при інших формах психічної патології. Іноді при формально неглибокому інтелектуальному дефекті дебіли, які виступають свідкам або потерпілими, нездатні оцінити обстановку, котра склалася, і дати про неї правильні свідчення, тому має бути висновок, що до показань таких осіб потрібно відноситись, як до таких, що даються психічнохворими.

Потрібно також враховувати, що неспівпадання критеріїв осудності і дієздатності може зумовити, наприклад, одночасне заключення про неосудність і дієздатність при дебільності. Крім цього, при різних правопорушеннях, що потребують різного об’єму осмислення їх протиправного характеру, можливі висновки про осудність стосовно одного діяння та неосудність щодо іншого. При такому диференційованому підході до рішення експертних питань потрібно вважати неправомірними та схоластичними спроби знайти точні, стандартні ознаки меж. Вирішенню цих питань допомагає клініко-соціальний аналіз, який враховує не тільки виявлений на експертизі рівень вродженої психічної неповноцінності, а й те, як ця неповноцінність позбавляє хворого здатності самостійно адаптуватися до життя, розуміти соціально-психологічні реалії та відповідно до них організовувати й усвідомлювати свою поведінку (тобто з оцінкою вираження цієї недостатності в соціальній діяльності).

Певним допоміжним інструментом в діагностуванні олігофренії може слугувати експериментально-психологічне обстеження, однак значення його для судової психіатрії відносне. Дебільність, яка виявляється тільки за результатами психологічного експерименту, наперед виражена в такому ступені, що можливе лише заключення про осудність. З іншого боку, коли слабоумство є причиною низької здатності до соціальної адаптації (це виявляється вже в неспроможності засвоєння програми загальноосвітньої школи), то діагноз олігофренії легко встановлюється і без соціально-психологічного обстеження. Визначення ж ступеня інтелектуальної недостатності при “межових” (стосовно осудності-неосудності) випадках тільки на основі даних психологічних тестів невиправдане, хоча такі дані приймаються до уваги при остаточному вирішенні експертного питання. Справа в тому, що в таких випадках психологічний експеримент виявляючи за тестом певну інтелектуальну недостатність, не може розкрити, якою мірою ця недостатність позбавляла дебільну особу здатності розуміти свої дії та керувати ними, стосовно конкретної дії, що інкримінується. Цим пояснюється, чому олігофрени, котрі виявили за результатами психологічного обстеження подібний рівень інтелектуальної недостатності, визнаються й осудними, і неосудними. Такі дебільні особи можуть мати різний рівень соціальної адаптації і різну здатність розуміти свої дії та керувати ними, щодо будь-яких протиправних дій, скоєних у різних соціально-психологічних ситуаціях. Саме тому тільки цілісний соціально-психологічний аналіз, про котрий йшлося вище, дає можливість при встановленні діагнозу дебільності дати аргументовану відповідь на питання про осудність-неосудність.

**ВИСНОВКИ**

Отже, олігофренія (недоумкуватість) - уроджене або рано придбане (у перші 3 роки життя) слабоумство, виражається в недорозвиненні всієї психіки, але переважно інтелекту. Уроджене слабоумство з ознаками недорозвинення (олігофренію) прийнято відрізняти від деменції — придбаного слабоумства з розпадом психічної діяльності.

Олігофренія відноситься до великої групи захворювань, зв'язаних з порушенням онтогенезу. Її розглядають як аномалію з недорозвиненням психіки, особистості і всього організму хворого.

Розрізняють слабоумство вроджене (олігофренія) і набуте.

Основною ознакою вродженого слабоумства є недорозвиненість пізнавальних здібностей і особистості загалом. Провідну роль у структурі психічних порушень відіграють недостатність абстрактного мислення, підвищена навіюваність, розлади здібностей до критики, утруднення щодо прийняття самостійного рішення у складних соціально-психологічних ситуаціях і виражена залежність поведінки розумово відсталих осіб від таких ситуацій, імпульсивність. Когнітивна недостатність може виявлятися в утрудненні сприйняття, порушенні активної уваги, слабкому запам’ятовуванні, консерватизмі мислення, недоступності формування гіпотез і висновків, егоцентризмі, недостатній ініціативі та низькому рівні спонукань.

До типових особистісних особливостей при розумовій відсталості належать низька, негативна оцінка хворим самого себе, пасивність, залежність, агресивність і аутоагресивність, невміння контролювати себе. При цьому захист від низької самооцінки і почуття неповноцінності часто виявляється неадекватно й може призводити до поведінкових порушень.

До набутого слабоумства входять різні види слабоумства, названі як за іменами авторів, що їх описали (слабоумство при хворобах Альцгеймера, Піка, Крейцфельдта — Якоба, Гентингтона, Паркінсона), так і за причина ми їх виникнення (судинна (атеросклеротична) деменція, слабоумство при отруєнні окисом вуглецю; церебральному ліпідозі; епілепсії; прогресивному паралічі у душевнохворих; гепатолентикулярній дегенерації (хворобі Вільсона); гіперкальціємії; гіпотиреоїдизмі; інтоксикаціях; множинному склерозі; нейросифілісі; дефіциті нікотинової кислоти (пелагрі); вузловому поліартриті; системній червоній волчанці; трипаносомозах; дефіциті вітаміну В12; СНІД інфекції). Поєднують цю групу загальні клінічні ознаки: поступовий, малопомітний початок, поступове порушення пам’яті, мислення, зростаюча інтелектуальна неспроможність і незворотність цих розладів.

Вроджене слабоумство (олігофренія, розумова відсталість, дебільність) поділяється на такі види: легка, помірна, тяжка і глибока розумова відсталість.

Градація за ступенем виразності вродженого слабоумства дозволяє всі варіанти олігофренів розділити на 3групи: ідіотію (ІQ=20), імбецильність (ІQ=20–50), дебільність (ІQ=50–70).

Ідіотія **–** найбільш глибоке вроджене слабоумство. При цій формі олігофренії майже повністю відсутня мова й інші психічні функції. Ознаки ураження головного мозку (різко збільшена чи зменшена голова й інші спотворення як результат патології внутрішньоутробного розвитку) при ідіотії звичайно виявляються одразу ж після родів. Через велику патологію мозку життя ідіотів рідко триває до 20 років, вони не можуть оволодіти навіть елементарними життєвими навичками. При ідіотії вкрай послаблені або спотворені реакції на навколишній світ. Сприйняття слабо диференційоване, фіксація уваги неможлива; ідіоти фактично не можуть навчатися.

Імбецильність **–** менш глибока ступінь вродженого слабоумства. Серед інших форм олігофренії вона зустрічається до 10%. На відміну від ідіотів, імбецили можуть виявляти елементарні, але все таки диференційовані і різноманітні реакції на навколишнє середовище. Вони можуть орієнтуватися в уже опанованій ними ситуації, однак зовсім розгублюються в новій ситуації. Загалом же імбецилів характеризує збідненість, одноманітність емоцій, відсутність ініціативи, здатності до самостійної організації своєї поведінки.

Дебільність **–** найлегша і найрозповсюдженіша форма олігофренії. Для судової психіатрії вона має особливе значення. Це пояснюється тим, що серед інших форм олігофренії по суті лише хворі на дебільність становлять значну частину направлених на судово-психіатричну експертизу. Виразність психічного недорозвитку при дебільності може бути різною: від тяжкої, близької до імбецильності до легкої, що межує з практичною нормою, тобто рівнем психічно здорових осіб із низьким інтелектом. Це визначає велику неоднорідність клінічних проявів, різний темп психічного розвитку і різний рівень (ступінь) виразності психічного дефекту, котрий спостерігається у хворих із надбанням життєвого досвіду. В цьому сенсі прийнято розрізняти глибоку, помірно виражену та легку дебільність.

Особи, які страждають олігофренією, складають близько 8% тих, які направляються на судово-психіатричну експертизу; це в більшості випадків обвинувачені, але можуть бути і потерпілі, позивачі і відповідачі.

У ході судово-психіатричної експертизи складається акт судово-психіатричної експертизи (СПЕ), який, з одного боку, є медичним документом, який повинен відображати процес експертного дослідження на тлі клініко-психопатологічного та експертного методів , а з другого — є джерелом доказів у суді й підлягає оцінці судом.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Судов психіатрія: Н вч. посіб. / С. В. Ж бокрицький,А. П. Чуприков. -- К.: МАУП, 2004. -- 176 с. -- Бібліогр.:С. 169 170.
2. Левенець І. В. Судова психіатрія: Навчальний посібник. – Тернопіль: Економічна думка, 2005. – с. 328.
3. Судова психіатрія. Навчальний посібник Авторы: Марчук А. І. Город: К.: Атіка, - 2003.- 240 с.
4. Ілейко В. Р., Первомайський В. Б. Обґрунтування експертних висновків в акті судово-психіатричної експертизи // Український медичний часопис. — 2003. — № 4. — С. 105–108.
5. Рудник В.І. Судова психіатрія:Навч. посіб. для юристів.-К.:Вид-во Національного авіаційного ун-ту «НАУ-друк», 2009.- 248с.