**План:**

 **1. Введение………………………………………………………………………..2-3**

 **2.Симптомы шизофрении………………………………………………………4-5**

 **3.Формы шизофрении…………………………………………………………..6-7**

 **4. Установление диагноза и привлечение к уголовной ответственности..8-9**

 **5. Заключение…………………………………………………………………….10**

 **6. Список используемой литературы………………………………………….11**

 **1. Введение.**

 Шизофрения тяжелое психическое расстройство, влияющее на многие функции сознания и поведения, в том числе мыслительные процессы, восприятие, эмоции (аффекты), мотивацию и даже двигательную сферу. Лучше всего рассматривать шизофрению как синдром, т.е. совокупность симптомов и признаков, поскольку нет согласия в вопросе о причине заболевания. Практика тоже свидетельствует о том, что шизофрения включает несколько расстройств. Каждое из них отличается своеобразием течения и в какой-то мере семейного анамнеза (медицинской истории семьи). При определении типа расстройства учитываются сочетание признаков и симптомов.

 Существует много гипотез о причинах шизофрении, начиная с теорий, рассматривающих в качестве такой причины нездоровые взаимоотношения в семье, до биохимических концепций, предполагающих, что в основе болезни лежит нарушение метаболизма головного мозга, приводящее, например, к выработке веществ, вызывающих галлюцинации. Исследования близнецов и приемных детей доказывают важность генетического фактора, однако механизм проявления его действия и способ наследственной передачи неизвестны.

 Исторический аспект. В 1896 немецкий психиатр [Э.Крепелин](http://www.krugosvet.ru/articles/36/1003642/1003642a1.htm) впервые описал состояние, названное им ранним слабоумием (*dementia praecox*), поскольку больные утрачивали многие интеллектуальные функции очень рано. Он отличал это состояние от множества других психических расстройств, в первую очередь от маниакально-депрессивного психоза, который характеризуется преимущественно перепадами настроения и периодическим восстановлением затронутых болезнью интеллектуальных функций. Крепелин описал также три типа раннего слабоумия: параноидный, гебефренический и кататонический (*см*. *ниже* Формы шизофрении). С годами клиническая практика подтвердила обоснованность и полезность классификации Крепелина; ею и сейчас продолжают пользоваться в психиатрии.

 Термин «шизофрения» был введен швейцарским психиатром Э.Блейлером в 1911 в монографии *Раннее слабоумие,* *или группа шизофрений* (E.Bleuler. *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien*). К трем первоначально описанным Крепелином типам шизофрении он добавил четвертую, простую форму. Блейлер пытался описать шизофрению, исходя из «базисных» симптомов – нарушения мышления и эмоциональных изменений. Однако вскоре стало очевидно, что не все лица, по критериям Крепелина и Блейлера отнесенные к больным шизофренией, имеют расстройства, приобретающие хроническое течение или ведущие к деградации. На протяжении многих лет предпринимались попытки уточнить критерии диагностики, чтобы добиться большего единообразия в прогнозе болезни. Например, в 1937 скандинавский психиатр Г.Лангфельдт подразделил шизофрению на две формы – с плохим и хорошим прогнозом – на основании факторов, предшествующих началу болезни, и клинических проявлений в остром периоде. Современные попытки пересмотреть формы шизофрении используют подход Лангфельдта.

 **2.Симптомы шизофрении.**

 Отличительные признаки шизофренических расстройств – нарушения мышления, восприятия, аффекта и моторной функции.

 Нарушения мышления, столь свойственные шизофрении, описывались многократно и в разных терминах. При шизофрении мыслительные процессы утрачивают нормальные ассоциативные связи, и больной часто неспособен сосредоточиться на какой-либо умственной задаче. С одной стороны, ненужные, посторонние мысли препятствуют концентрации внимания, ведут к расплывчатости мышления и часто образуют поток сугубо личностного и эксцентричного мыслительного материала – источника множества необычных, даже странных мыслей. С другой стороны, у некоторых больных возникают трудности в порождении мыслей вообще, и они жалуются, что их разум пуст и непродуктивен. Существуют и другие варианты нарушений мышления, когда вторгаются мысли, препятствующие нормальному ходу мыслительной активности или полностью блокирующие его.

 На содержание мышления влияет также характерный для шизофрении феномен, а именно бред. Бред – это ошибочные и обычно очень стойкие убеждения, которые с учетом культурной среды больного признаются аномальными. Например, страдающий бредом преследования может быть убежден в том, что за ним шпионят, что его дом начинен «жучками» (прослушивающими устройствами), что полиция, ЦРУ и ФБР следят за ним. Разумеется, для оценки таких убеждений важно знать реальную жизненную ситуацию больного, ибо есть люди, которые действительно находятся под таким наблюдением. Однако многие бредовые сюжеты настолько противоестественны, что повседневного опыта достаточно, чтобы развести их с реальностью. Примером служит бредовое убеждение человека в том, что он был перенесен через космос на другую планету, и там высшие существа наделили его чудесной силой и озарением. Помимо распространенного бреда преследования, существуют и другие виды шизофренического бреда. В их числе – бред утраты контроля за мыслями и движениями, когда больной убежден, что его мысли и движения контролируются внешними силами, например, по проводам, с помощью электроники, телепатии или гипноза.

 При шизофрении часто возникают нарушения процессов восприятия. Наиболее распространены слуховые галлюцинации – восприятие несуществующих звуков. Некоторые пациенты слышат голоса почти постоянно, другие только эпизодически. Голоса могут быть доступны для понимания или нет, но, как правило, они понятны пациенту и повторяют его мысли, комментируют их или же его действия, спорят, угрожают, ругают, проклинают. Некоторые авторитетные специалисты рассматривают непрерывные слуховые галлюцинации как диагностический признак шизофрении, если нет доказанного заболевания мозга или хронической наркомании. Возможны также зрительные или тактильные галлюцинации, хотя они значительно менее распространены. Как правило, галлюцинации сочетаются с другими симптомами и часто включены в бредовые убеждения. Например, галлюцинаторные голоса могут восприниматься как часть электронной подслушивающей системы.

 Значительно более характерно для шизофрении изменение аффектов (эмоций). Такие изменения включают отсутствие эмоциональной реакции на ситуацию, ранее ее пробуждавшую, либо выражение эмоции, которая не соответствует ни ситуации, ни собственным мыслям больного. В результате у одних больных постоянно «замороженное» или «одеревенелое» лицо, другие же могут смеяться или улыбаться, присутствуя при трагическом событии.

 Возможны также двигательные нарушения, хотя они менее распространены, чем описанные выше симптомы. Могут быть затронуты двигательные проявления всех видов – поза, походка, жесты, мимика. Движения могут быть неловкими, жесткими, судорожными, неестественными; в течение длительного времени сохраняются позы, кажущиеся неудобными. Такие двигательные аномалии особенно характерны для кататонической формы шизофрении.

 **3.Формы шизофрении.**

 Различают следующие формы шизофрении: параноидную, гебефреническую, кататоническую и простую.

Наиболее распространена параноидная форма шизофрении, которая характеризуется преимущественно бредом преследования. Хотя другие симптомы – нарушения мышления и галлюцинации – тоже присутствуют, бред преследования больше всего бросается в глаза. Обычно ему сопутствует подозрительность и враждебность. Характерен также постоянный страх, порождаемый бредовыми идеями. Бред преследования может присутствовать годами и в значительной мере развиваться. Как правило, у больных параноидной шизофренией не возникает ни заметных изменений в поведении, ни интеллектуальной и социальной деградации, которые отмечаются у больных другими формами. Функционирование больного может казаться на удивление нормальным, пока не затронуты его бредовые представления.

Гебефреническая форма шизофрении отличается от параноидной как по симптоматике, так и по исходу. Преобладающими симптомами служат заметные мыслительные трудности и расстройства аффекта или настроения. Мышление может быть настолько дезорганизовано, что утрачивается (или почти утрачивается) способность к осмысленному общению; аффект в большинстве случаев неадекватен, настроение не соответствует содержанию мышления, так что в результате грустные мысли могут сопровождаться веселым настроением. У больных на первый план выходит ярко выраженное нелепое поведение с постоянной манерностью, клоунадой, дурашливостью или агрессией. В долгосрочной перспективе большинство этих больных ожидает выраженное расстройство социального поведения, проявляющееся, например, склонностью к конфликтам и неспособностью сохранить работу, семью и близкие человеческие отношения. При этом диагноз ставиться с большим опозданием.

Кататоническая шизофрения характеризуется в первую очередь аномалиями в двигательной сфере, присутствующими почти на всем протяжении болезни. Аномальные движения бывают самыми разнообразными; это могут быть нарушения позы и выражения лица или выполнение практически любых движений странным, неестественным образом. Больной может часами находиться в нелепой и неудобной манерной позе, чередуя ее с необычными действиями типа повторяющихся стереотипных движений или жестов. Выражение лица у многих больных застывшее, мимика отсутствует или очень бедна; возможны какие-то гримасы вроде поджимания губ. Кажущиеся нормальными движения иногда внезапно и необъяснимо прерываются, порой сменяясь странным двигательным поведением. Наряду с выраженными моторными аномалиями отмечаются многие другие, уже обсуждавшиеся, симптомы шизофрении – параноидный бред и прочие нарушения мышления, галлюцинации и т.д. Течение кататонической формы шизофрении сходно с гебефренической, однако тяжелая социальная деградация, как правило, развивается в более поздний период болезни.

Известен еще один «классический» тип шизофрении, но он наблюдается чрезвычайно редко и выделение его в отдельную форму заболевания оспаривается многими специалистами. Это простая шизофрения, впервые описанная Блейлером, который применял данный термин к больным с нарушениями мышления или аффекта, но без бреда, кататонических симптомов или галлюцинаций. Течение таких расстройств считается прогрессирующим с исходом в форме социальной дезадаптации.

В целом, диагностические границы между разными формами шизофрении несколько расплывчаты, и двусмысленность может возникать и возникает. Тем не менее проведенная классификация сохраняется с начала 1900-х годов, так как она оказалась полезной и для предсказания исхода болезни, и для ее описания.

 **4. Установление диагноза и привлечение к уголовной ответственности.**

 Не существует лабораторного теста, который бы безошибочно выявлял шизофрению. В настоящее время диагноз ставится на основании анализа истории болезни и наблюдения за поведением больного. Поскольку ряд симптомов, сходных с шизофреническими, может возникать и при органических нарушениях, врач должен определить, имеются ли они у больного. К числу таких нарушений, – серьезных, но поддающихся лечению, – относятся, например, хроническое употребление определенных наркотиков, абстинентный синдром, возникающий при отмене наркотиков или алкоголя у лиц с зависимостью от этих средств; инфекционные заболевания центральной нервной системы, в частности нейросифилис. Для постановки диагноза необходимо исключить также психические расстройства, которые могут имитировать шизофрению, но требуют другого лечения.

 В то время как в многочисленных лабораториях продолжается поиск биохимических аномалий, вызывающих шизофрению, лечение остается преимущественно симптоматическим и социальным. Обычно используют сочетание сильных транквилизаторов и других лекарственных средств с разнообразными формами психологической и социальной поддержки. Часто лечение проходит в больнице, что особенно оправданно в острой фазе расстройства, когда поведение больных может быть социально неприемлемым, они неспособны осуществлять уход за собой, а кроме того, попадают в категорию высокого риска самоубийства или агрессии. Поскольку страдающие шизофренией часто плохо осознают, что они больны, и не могут заботиться о собственном благополучии, принудительная госпитализация может быть необходима ради самого больного.

 Ст. 19 УК РФ гласит, что «уголовной ответственности подлежит только вменяемое физическое лицо, достигшее возраста, установленного настоящим Кодексом». Если лицо признают невменяемым, то оно не подлежит уголовной ответственности. Для установления вменяемости ст. 196 УПК РФ предусматривает обязательное назначение экспертизы, в случаях если психическое или физическое состояние подозреваемого, обвиняемого, когда возникает сомнение в его вменяемости или способности самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве и в случаях, если психическое или физическое состояние потерпевшего, когда возникает сомнение в его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания.

 Больные шизофренией составляют большую долю лиц, которым назначается судебно-психиатрическая экспертиза. Однако, сам по себе диагноз шизофрения при всей тяжести заболевания не является основанием для признания больного, совершившего преступление, невменяемым. Во всех случаях необходимо решить следующие кардинальные вопросы : 1) находился больной в состоянии обострения психоза ил же ремиссии и мог ли он отдавать отчет в своих действиях и руководить ими, 2) имеется связь между совершенным преступлением и фабулой бредовой идеи больного?

Особое внимание следует обращать на мотивировку преступления, которая может иметь аустическое или паралогическое содержание, а так же на характер преступления. К больным шизофрении применяют меры принудительного медицинского характера.

 Глава 15 раздела 6 УК РФ посвящена принудительным мерам медицинского характера. В соответствии с частью 1 ст. 97 УК РФ они могут быть назначены судом следующим лицам, совершившим деяние, предусмотренные статьями особенной части УК:

 1. совершившим деяния в состоянии невменяемости;

 2. лицам, у которых после совершения преступления наступило психическое расстройство, дающем невозможным назначение или исполнение наказания;

 3. совершившим преступления и страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости;

 4. совершившим преступление и признанным нуждающимися в лечении от алкоголизма или наркомании.

 Указанным лицам принудительные меры медицинского характера назначаются только в случаях, когда психические расстройства связаны с возможностью причинения или иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц ( ч. 2 ст.97 УК РФ ) .

 Виды принудительных мер медицинского характера (ст. 97 УК РФ) Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением. Применение конкретного вида принудительного решения зависит от степени болезни и общественной опасности больного.

 Следует подчеркнуть, что больные, находящиеся в стационаре практически не несут криминогенной опасности, так как находятся под постоянным наблюдением врачей и проходят курс лечения. Более опасны больные с не выявленной шизофренией, которые находятся на свободе в период обострения могут совершать противоправные действия.

 **5. Заключение.**

 Как правило, шизофрения начинается в раннем возрасте: при гебефренической форме – часто до двадцати лет или чуть позже, при параноидной форме несколько позднее. Начало после 50 лет для шизофрении нетипично. В больших городах выявляется больше случаев заболевания, чем в пригородах или сельской местности. Однако это может отражать перемещение больных и их семей, а не влияние урбанизованной среды самой по себе. Различия в заболеваемости шизофренией между мужчинами и женщинами незначительны.

Лица, у которых впоследствии развивается шизофрения, зачастую еще до начала заболевания отличаются рядом особенностей. Например, они могут характеризоваться плохой социализацией, быть «одиночками», которые никогда не ходят на свидания и не женятся. Описаны также некоторые особенности младенческого и детского возраста больных, в том числе малый вес при рождении, сниженный коэффициент интеллектуального развития (IQ) по сравнению с братьями и сестрами, не страдающими шизофренией, а также различия в непроизвольных реакциях внутренних органов на стресс. Однако имеются и несколько другие данные. Например, некоторые исследователи пришли к выводу, что детям, у которых впоследствии развивается шизофрения, свойственны стойкие асоциальные черты; другие описывают таких детей как необщительных, не имеющих друзей или чрезмерно чувствительных.

В целом, в Северной Америке риск заболеть шизофренией в течение жизни, оцениваемый в основном по числу госпитализированных больных, составляет от 0,8 до 1%. Вероятно, эта цифра не занижена, так как большинство больных шизофренией в какой-то момент жизни попадает в клинику.

В конечном итоге, большинство больных шизофренией оказываются в состоянии жить вне специальных учреждений, особенно если получают хорошую социальную поддержку. Многие из них способны удерживаться на работе. Однако очень часто из-за болезни значительно снижаются трудоспособность и интеллект, так что больному приходится менять профессию. Длительное применение транквилизаторов позволяет подавить многие симптомы шизофрении и отчасти нормализовать состояние. Когда лечение прерывается, наиболее выраженные симптомы в большинстве случаев появляются вновь. Тем не менее у ряда больных после отмены препаратов ухудшения не наступает.

Социальная поддержка очень важна для долговременной помощи больным шизофренией. Она включает наблюдение и консультации квалифицированных специалистов, а также обеспечение таких условий жизни для больных, в которых они не подвергались бы сильным стрессам, поскольку известно, что враждебное или критичное отношение к больному в семье может вызвать повторные приступы

**6. Список используемой литературы:**

1. Конституция РФ - М.; Издательство «Щит-М», 1997 г.

2. Уголовный кодекс РФ - М.; Издательская группа «НОРМА-ИНФРА». М. 1999 г.

3. УПК РФ

4. А.П. Рыжаков Производство по применению принудительных мер

 медицинского характера. - М,: информационно-издательский дом «ФИЛИНЪ»,

 1997 г.

5. А.В. Наумов Уголовное право. Общая часть: курс лекций. М,: издательство

 «БЕК», 1996 Г.