

Частное учреждение образования
«МИНСКИЙ ИНСТИТУТ УПРАВЛЕНИЯ»

СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Учебно-методический комплекс
для студентов специальности
ПРАВОВЕДЕНИЕ

Минск
2009



Автор составитель:

М.Н. Мисюк, кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры юридической психологии МИУ, врач высшей категории.

Рецензенты:

И.С. Асаёнок, доктор медицинских наук, профессор;

В.В. Шевляков, доктор медицинских наук, профессор.

Рекомендовано к изданию кафедрой юридической психологии Минского института управления (протокол №.... от)

Учебно - методический комплекс содержит курс лекций по всем темам дисциплины «Судебная психиатрия».

В учебно-методическом комплексе раскрыто содержание дисциплины, определены её цели и задачи, место в учебном процессе.

Представлены вопросы для самоподготовки и список литературы, рекомендуемой для изучения в процессе самостоятельной работы.

Комплекс предназначен для студентов факультета проведения дневной и заочной форм обучения.

Оглавление

1. История развития судебной психиатрии.

2. Диагноз и классификация в психиатрии.

I. Введение.

II. Классификация психических расстройств.

3. Предмет и содержание судебной психиатрии.

1. Судебная психиатрия как составная часть психиатрии, изучающая психические заболевания человека в связи с его общественно опасными действиями.

2. Задачи судебной психиатрии.

3. Связь судебной психиатрии с юридическими и другими науками.

4. Организация психиатрической помощи и судебно-психиатрической экспертизы в Республике Беларусь.

Виды судебно-психиатрических экспертиз.

5. Роль судебной психиатрии в уголовном и гражданском процессе (вменяемость и невменяемость, дееспособность и недееспособность).

4. Организация и проведение судебно-психиатрической экспертизы в Республике Беларусь.

1. Структура судебно-психиатрической экспертизы в Республике Беларусь и ее экспертные учреждения.

2. Порядок назначения и организация осуществления медико-медицинского характера и лицам с психическими расстройствами.

3. Основания для назначения судебно-психиатрической экспертизы.

4. Требования, предъявляемые к судебно-психиатрическому эксперту, круг лиц, подлежащих судебно-психиатрической экспертизе, права и обязанности эксперта, виды судебно-психиатрических экспертиз.

5. Примерный перечень вопросов, решаемых при назначении судебно-психиатрической экспертизы. Заключение судебно-психиатрической экспертизы, ее оценка.

5. Анатомия и физиология нервной системы.

1. Головной мозг.

2. Анатомия и физиология промежуточного мозга.

3. Анатомия и физиология заднего мозга.

4. Анатомия и физиология промежуточного мозга.

5. Ретикулярная формация.

6. Анатомия и физиология конечного мозга

7. Спинальный мозг.

8. Понятие об условных и безусловных рефлексах.

9. Понятие о психической деятельности человека, ее основных функциях.

6. Понятие о патопсихологии и психических заболеваниях.

1. Определение.

2. Виды ощущений в зависимости от механизма их возникновения. Нарушения ощущений.

3. Виды восприятия. Нарушения восприятия.

4. Внимание, его свойства; нарушения внимания, синдром дефицита внимания.

5. Память, её виды, расстройства памяти.

6. Мышление, его характеристики. Варианты патологии мышления.

7. Эмоции, основные типы эмоционального реагирования.

8. Воля, нарушения волевой сферы.
9. Сознание, синдромы расстройств сознания.
10. Расстройства личности.
11. Определение психических заболеваний, синдромы психических заболеваний.

3.**7. Патологическое развитие характера. Психопатии.**

1. Определение понятия психопатий.
2. Диагностические критерии патологии личности.
3. Виды психопатий. Судебно-психиатрическая оценка.
4. Нарушение контроля над побуждениями и расстройства адаптации.
5. Расстройства половой идентификации и парафилии.

4.**8. Олигофрении. Судебно-психиатрическая экспертиза при олигофрении.**

1. Определение понятия олигофрении.
2. Диагностические критерии и признаки олигофрений.
3. Эпидемиологическая справка.
4. Классификация олигофрений, клиническая картина.
5. Группы и формы олигофрений.
6. Отдельные формы олигофрений.
7. Судебно-психиатрическая экспертиза.

5.**9. Временные психические расстройства.**

1. Определение.
2. Патологическое опьянение.
3. Сумеречные состояния сознания не являющиеся симптомом какого-либо хронического заболевания.
4. Патологические просоночные состояния.
5. Патологический аффект.
6. Реакция «короткого замыкания».
7. Судебно-психиатрическая оценка.

6.**10. Реактивные состояния.**

1. Определение.
2. Клиника реактивных состояний:
 - а) неврозы (исторический невроз, невроз навязчивых состояний, неврастения).
 - б) реактивные психозы (острые шоковые реактивные психозы, подострые реактивные психозы, предподобные фантазии, синдром Ганзера и псевдодеменции, синдром пуэрилизма, синдром регресса психики [«одичания»], психогенный ступор, затяжные реактивные психозы).
3. Судебно-психиатрическая экспертиза реактивных психозов.

7.**11. Инволюционные психозы.**

1. Характеристика вопроса.
2. Инволюционная меланхолия.
3. Инволюционный параноид.
4. Инволюционная истерия.
5. Пресенильные психозы.
6. Пресенильные деменции.

7. Старческие психозы.
8. Судебно-психиатрическая оценка.

8.

12. Травматические поражения головного мозга.

1. История вопроса.
2. Классификация травматических повреждений.
3. Периоды травматического повреждения.
4. Клинические проявления травматического поражения мозга:
 - а) травматическая астения,
 - б) психопатоподобный синдром,
 - в) эпилептиформные проявления,
 - г) травматические психозы,
 - д) слабоумие.
5. Судебно-психиатрическая экспертиза.

9.

13. Психические расстройства вследствие сосудистых заболеваний головного мозга.

1. Характеристика сосудистых нарушений.
2. Стадии церебрального атеросклероза.
3. Клиническая картина сосудистых нарушений.
4. Судебно-психиатрическая экспертиза больных с сосудистой патологией.

10.

14. Психические расстройства при синдроме приобретенного иммунодефицита (СПИД).

1. Определение заболевания.
2. Реакция заболевших СПИД пациентов на заболевание.
3. Характеристика психических расстройств.
4. Судебно-психиатрическая экспертиза больных СПИДом.

11.

15. Сифилитические заболевания центральной нервной системы.

1. Общая характеристика сифилитической инфекции.
2. Сифилис мозга.
 - а) сифилитическая невралгия;
 - б) менингеальная форма;
 - в) гумозная форма;
 - г) аноплектиформный сифилис мозга;
 - д) эпилептиформный сифилис мозга;
 - е) галлюцинаторно-параноидная форма;
 - ж) сифилитический псевдопаралич;
3. Сухотка спинного мозга (табес).
4. Прогрессивный паралич.
5. Судебно-психиатрическая оценка сифилитических заболеваний мозга.

16. Шизофрения.

1. Определение шизофрении.
2. Причины развития.
3. Симптомы шизофрении.

4. Типы течения шизофрении (непрерывная, периодическая (рекуррентная), приступообразно-прогредиентная, протекающая в виде шубов).

5. Формы шизофрении (простая, гебефреническая, параноидная, кататоническая, циркулярная).

6. Судебно-психиатрическая оценка.

12.

17. Биполярное расстройство (маниакально-депрессивный психоз, МДП, циклотимия).

1. Общая характеристика биполярного расстройства.

2. Маниакальная фаза.

3. Депрессивная фаза.

4. Циклотимия.

5. Судебно-психиатрическая оценка.

13.

18. Эпилепсия.

1. Определение эпилепсии, этиология заболевания.

2. Судорожные кратковременные и бессудорожные пароксизмальные состояния.

3. Острые и затяжные психозы.

4. Изменения личности и слабоумие.

5. Судебно-психиатрическая оценка эпилепсии.

14.

19. Хронический алкоголизм, наркомании, токсикомани.

1. Характеристика алкоголизма.

2. Простое алкогольное опьянение.

3. Патологическое опьянение и его особенности.

4. Судебно-психиатрическая оценка простого и патологического алкогольного опьянения.

5. Хронический алкоголизм. Причины распространения.

6. Стадии алкоголизма.

7. Алкогольные психозы. Алкогольная деградация личности. Судебно-психиатрическая оценка.

8. Действие наркотиков на организм человека, развитие зависимости организма от потребления наркотиков.

9. Виды наркомании. Различия понятий «наркомания» и «токсикомания».

10. Судебно-психиатрическая оценка расстройств психики, возникающих в результате употребления наркотических и токсических средств.

15.

20. Симуляция и диссимуляция психических расстройств.

1. Понятие симуляции психического заболевания.

2. Виды симуляции – простая; на патологической почве (агравация, метасимуляция, сверхсимуляция (гиперсимуляция), диссимуляция).

3. Эпидемиологические различия видов симуляции.

4. Диссимуляция (истинная, патологическая).

5. Судебно-психиатрическая экспертиза.

16.

21. Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних.

1. Правовое положение несовершеннолетних.

2. Понятие пубертата.

3. Наиболее часто встречающиеся синдромы психических расстройств в подростковом возрасте.

4. Органические поражения центральной нервной системы у детей и подростков; шизофрения, олигофрения.

17.

22. Суицид.

1. Введение в проблематику.
2. Мифы в отношении суицидов.
3. Определение.
4. Основные концепции и подходы в современной суицидологии.
5. Свойства, характеризующие личность суицидента.
6. Типы адаптированной личности.
7. Основные категории самоубийств.
8. Типы суицидальных действий.
9. Личности повышенного суицидального риска.
10. Личностные реакции с повышенной суицидоопасностью.
11. Факторы повышенного суицидального риска (экстраперсональные, интроперсональные).
12. Антисуицидальные факторы.

23. Иллюстративный материал.

24. Вопросы для самоподготовки по дисциплине «Судебная психиатрия».

25. Литература.

«...Аще бесный убьёт, не повинен, есть смерти...»*

правонарушения во время следствия, а также по его окончании, до или после вынесения приговора и в период отбывания наказания. Перед экспертизой, как правило, ставится вопрос об оценке психического состояния лица после совершения правонарушения в указанные временные промежутки.

В соответствии с ч. 1 ст. 81 УК установление реактивного состояния, развившегося после совершения криминальных действий, может быть основанием для освобождения от наказания, но не от уголовной ответственности.

Лицам, заболевшим психическим расстройством до вынесения судом приговора, нельзя назначить наказание. Для тех, у кого расстройство наступило после вынесения приговора, невозможно исполнить или в дальнейшем осуществлять уже назначенное наказание. Суд может назначить таким лицам принудительные меры медицинского характера (ст. 97, 99 УК).

Литература:

1. Георгадзе З. О. «Судебная психиатрия». Учебное пособие для студентов вузов. М.: Закон и право, ЮНИТИ-ДАНА, 2003. С.173-183.
2. Морозов Г.В. Судебная психиатрия. «Юридическая литература». Москва, 1978. С. 298-314.

11. Инволюционные психозы

1. Характеристика вопроса.
2. Инволюционная меланхолия.
3. Инволюционный параноид.
4. Инволюционная истерия.
5. Пресенильные психозы.
6. Пресенильные деменции.
7. Старческие психозы.
8. Судебно-психиатрическая оценка.

Самую многочисленную группу больных с психическими расстройствами, обусловленными органическим поражением головного мозга и патологией других систем организма, составляют больные предстарческого (55–75 лет) и старческого возраста (76 лет и более).

Старению организма сопутствует изменение всех его функций, как биологических, так и психических. Однако характер этих изменений и время их проявления имеют индивидуальные особенности и колеблются в широких пределах. В целом психические возрастные изменения не всегда соответствуют соматическим проявлениям старения организма. Так, относительно рано начинает ослабевать у человека способность воспринимать — его яркость, образность, ухудшается также подвижность психических процессов, возможность быстрого переключения внимания. Несколько позже ухудшается усвоение новых знаний. Возникают трудности в воспроизведении нужных в данный момент сведений (элективное расстройство памяти). Видоизменению с возрастом подвергаются и эмоциональные проявления, развивается эмоциональная неустойчивость, тревога, возникает склонность к «застреванию» на неприятных переживаниях, тревожно-депрессивная окраска настроения.

Время появления возрастных изменений психики, как правило, индивидуально. Вместе с тем выделяются определенные периоды жизни человека, в которых наблюдается появление этих возрастных изменений. Возраст, который обычно считается началом возникновения психических изменений, связанных с инволюцией, составляет 50–60 лет. Психические расстройства у лиц пожилого и старческого возраста

могут проявляться как в форме пограничных психических расстройств, так и в виде выраженных расстройств психики – грубые расстройства памяти, слабоумие, бред и т.д.

Неврозоподобные нарушения проявляются в виде нарушения сна, неприятных различных ощущений в теле, эмоционально неустойчивого настроения, раздражительности, безотчетной тревоги и опасений за благополучие близких, свое здоровье и т.д. Случаи физического недомогания, соматическое неблагополучие часто наводят на мысль о наличии какого-либо неизлечимого, "смертельного" заболевания. Протекающие изменения личности больного захватывают как характерологические, так и интеллектуальные его свойства. В характерологических особенностях происходит как бы заострение и утривование отдельных, свойственных больному ранее личностных черт. Так, недоверчивость переходит в подозрительность, бережливость – в скупость, настойчивость – в упрямство. Интеллектуальные процессы утрачивают свою яркость, ассоциации становятся бедными, снижаются качество и уровень обобщения понятий. Осмысление новых событий и явлений требует большого напряжения и времени, новая информация или вообще не усваивается, или усваивается с большим трудом. Прежде всего, нарушается память на текущие события, сложно, например, вспоминаются события прошедшего дня. Происходит также снижение критики – возможность правильно оценивать свое психическое состояние и происходящие изменения.

Основные изменения в клинической картине лиц предстарческого и старческого возраста: ослабление памяти от легких расстройств до амнестического (корсаковского) синдрома, ухудшение интеллектуальных способностей вплоть до слабоумия, нарушение эмоций – слабострадание, слезливость, апатия и т.д.

Тяжелые психические расстройства, встречающиеся у ряда больных, связаны с дегенеративными и атрофическими изменениями головного мозга и изменениями в функционировании других систем организма. Все эти изменения сопровождаются типичными психическими расстройствами, получившими название болезней Альцгеймера, Пика (по имени психиатров, впервые их описавших), старческого слабоумия и т.д.

Инволюционная меланхолия.

Клиническая картина характеризуется тревожно-депрессивным синдромом. На первый план выступает угнетённое настроение, глубокая тоска с постоянным чувством беспокойства и тревоги. Возникает боязливое ожидание немигнущего несчастья, которое может привести к гибели семьи, самого больного. Больные причитают, закрывают себе руки, уверены, что «их организм сгнил, разложился» (синдром Котара), что «погибли дети и родные». Они просят помощи, иногда высказывают идеи гибели мира, полного уничтожения всей жизни на земле, считают, что наступила всеобщая катастрофа.

Тревожно-депрессивное состояние, как правило, сопровождается **двигательной активностью (аффективная депрессия)** и высказыванием бредовых идей **самообвинения и самоуничтожения**. Больные требуют наказать их, совершают суицидные попытки с нанесением себе тяжёлых ранений и увечий.

Характерен, также, симптом нарушения адаптации **Шарпантье. При смене места** нахождения, переводе в другую палату беспокойство больных усиливается. Также наблюдается симптом **Клейста**, больной **интенсивно причитает**, просит помощи. Если врач начинает беседовать с пациентом, он сразу **умолкает** и отказывается от разговора, стоит врачу отойти – снова начинает причитать).

Часты и **иллюзорные восприятия окружающего**. Родные кажутся больному чужими людьми, которое осуждают его, не так смотрят. Больные высказывают ипохондрические идеи, считают, что страдают раком, заражены туберкулёзом, венерическими заболеваниями.

Нередко заболевание приобретает затяжное течение и через несколько лет у больных возникает снижение интеллектуальной сферы и эмоциональное уплощение.

Распространённой формой **старческих психозов является инволюционный параноид.**

Он начинается постепенно с **развития бредовых идей.** Они убеждены, что соседи и родственники по ночам, либо в их отсутствие с помощью специально изготовленных ключей заходят в квартиру, воруют вещи, отравляют пищу, напускают отравляющий газ, подсыпают ядовитые порошки, что они совещаются по ночам, устраивают сборища подозрительных людей. **Они обращаются с жалобами** в различные инстанции (в милицию, прокуратура), требуют наказать людей, **запирают сундуки, шкафы и даже кастрюли.** Прогрессирование заболевания сопровождается появлением вербальных и обонятельных галлюцинаций, в редких случаях наблюдаются явления психического автоматизма.

Несколько реже встречается **инволюционная (поздняя) кататония.**

Заболевание начинается с чувства беспокойства и тревоги, которое сменяется усилением бредовых идей преследования, самообвинения, синдрома Котара.

В дальнейшем **наступает ступорозное состояние с полной обездвиженностью и мутизмом.** При длительном течении эта форма пресенильного психоза приводит к развитию слабоумия.

Разновидностью инволюционной кататонии следует считать **полноценную форму пресенильного психоза.**

Течение этого заболевания катастрофическое. Развивается тревожно-депрессивное состояние, бессвязность речи, растерянность с выраженным психомоторным возбуждением, сменяющимся общим успокоением. Наблюдаются расстройства сознания по онейроидному типу с иллюзорно-бредовыми переживаниями, синдром Котара. Больные кажутся, что они участвуют в собственных похоронах или в похоронах родственников. Видят различные события и расценивают их как «гибель Земли, катастрофу Вселенной». Через 4-6 месяцев, при развитии туберкулеза, наступает смерть от присоединившегося какого-либо соматического заболевания.

Более лёгкой формой психических нарушений является **инволюционная истерия** в климактерическом возрасте.

Она представляет собой комплекс невротических расстройств с преобладанием истероформной симптоматики. Заболевание характеризуется эмоциональной лабильностью, капризностью, слезливостью, ипохондричностью, демонстративностью поведения. Во время волнения у больных появляются спазмы горла, тошнота, запоры. Реже наблюдаются истерические параличи и истерические припадки. Заболевание обычно заканчивается постепенным выздоровлением.

К группе прегарческих психозов относят **пресенильные деменции.** Они возникают в связи с развитием атрофических процессов в головном мозгу. Общим для этих болезней, названных по имени авторов, их описавших (болезнь Пика, Альцгеймера и др.), является малозаметное начало, прогрессивность и необратимость расстройств; прогрессирующее слабоумие, сочетающиеся с локальными очаговыми расстройствами.

Болезнь Альцгеймера. Заболевание чаще развивается постепенно, средний возраст больных, когда они заболевают, 55–60 лет, женщины заболевают в три раза чаще, чем мужчины.

Гипотетическими факторами риска ДБА (деменции при болезни Альцгеймера) являются: возраст матери при рождении пациента 30 лет и старше; интоксикация алюминием, черепно-мозговая травма, недостаточность ацетилхолина в головном мозге, аутоиммунные заболевания и др.

Обнаруженная связь болезни Альцгеймера с болезнью Дауна подтвердила теорию **генетического происхождения** ДБА (деменции при болезни Альцгеймера). У всех пациентов с болезнью Дауна, доживших до 30 лет, развиваются характерные для ДБА изменения головного мозга.

Сначала ослабевает память на текущие события, затем возникает фиксационная амнезия и далее – **прогрессирующая амнезия**. Развивается полная амнестическая дезориентировка. Аутопсихическая дезориентировка может достигать степени неузнавания себя в зеркале. Однако проблемы в памяти не заполняются мнемоническими (замещающими) конфабуляциями и оживлением прошлого опыта (свиг-ситуации в прошлое), как при старческом слабоумии. Наряду с мнестическими расстройствами возникают и прогрессируют нарушения всех видов умственной деятельности: внимания, восприятия, осознания окружающего. Нарушения мышления начинаются со снижения способности к анализу, синтезу и абстракции и неуклонно прогрессируют вплоть до полной интеллектуальной беспомощности. Несмотря на глобальность деменции, на начальных этапах длительное время сохранено сознание, осознание болезни и собственной несостоятельности (что отличает её от сенильной деменции). Ощущение своей несостоятельности сопровождается растерянностью и тревогой, а впоследствии сменяется равнодушием и безучастностью.

Сочетание усиливающейся интеллектуально-мнестической недостаточности с **распадом речи, чтения, письма, узнавания (гнозиса), действий (праксиса)** – обязательная составная часть болезни Альцгеймера. Распад речи проявляется амнестической, сенсорной и моторной **афазией**. Больные забывают название предметов, с трудом понимают чужую речь. Сначала нечетко произносят слова, затем речь становится всё более дизартричной, со стереотипными оборотами, возникают выраженные нарушения экспрессивной речи – многократное повторение начальной буквы слова, вводящее заикание, а затем и отдельных слов (логоклония), непроизвольное автоматическое повторение услышанных слов (эхолалия). На поздних этапах больные полностью перестают понимать чужую речь, а их собственная связная речь распадается. Наряду с афазией утрачивается способность к чтению (алексия), письменной речи (аграфия) и счёту (акалькулия). Возникают все виды апраксии. Потеря способности к передвижению связана с крайней, универсальной апраксией. **Больные теряют навыки передвижения – не могут вставать, садиться, ходить**. Возникает состояние полной «апрактической обездвиженности» или «моторной растерянности», проявляющееся невозможностью любого целенаправленного действия; **больные молча лежат, не меняя позы**.

Средняя продолжительность жизни пациентов – 8 лет; возможны колебания от 1 до 20 лет.

Болезнь Пика. Заболевание возникает обычно в возрасте 50–60 лет.

Относительно редкая первичная дегенеративная деменция, сходная по клиническим проявлениям с ДБА. Однако при болезни Пика возникает более выраженное поражение лобных долей, в связи с чем симптомы расторможенного поведения могут проявляться на раннем этапе заболевания.

Наблюдается прогрессирующее расстройство личности: развиваются аспонтанность, равнодушие, безразличие. Больные ничего не делают по собственной инициативе, однако при наличии побуждающего стимула со стороны могут выполнять даже сложную работу. Иногда состояние приобретает псевдопаралитический характер и выражается благодушно-эйфорическим настроением с элементами **расторженности влечений**. Отмечаются **грубые расстройства памяти**: больные забывают события прошедшего дня, текущие события, не узнают знакомых лиц, встречая их в непривычной обстановке.

Критическое отношение к своему состоянию отсутствует, и хотя больные огорчаются, когда убеждаются в своей несостоятельности, такая реакция кратковременна. Обычно же у больных ровное, благодушное настроение. Отмечаются грубые нарушения мышления (тотальное слабоумие). Они не замечают явных

противоречий в своих суждениях и оценках. Не понимают смыслового значения тех или иных событий, ситуаций. Для больных с болезнью Пика типичны так называемые **стоячие симптомы** – многократное **повторение одних и тех же речевых оборотов**. По мере развития болезни появляются и неврологические расстройства: агнозия, расстройство речи, апраксия и др.

Старческое слабоумие. Тотальное слабоумие сочетается с особыми мнестическими и интеллектуальными нарушениями. Болезнь начинается, как правило, незаметно: постепенно меняется психический облик больного, наблюдается эмоциональное оскудение с раздражительностью и ворчливостью, резко снижается круг интересов, усиливаются настороженность, упрямство, наряду с внушаемостью и доверчивостью.

Наиболее яркими признаками заболевания, определяющими его клиническую картину, являются прогрессирующие расстройства памяти и слабоумие (тотальное). Формируются также следовые идеи ограбления, обнищания и разорения. Память ухудшается, прежде всего, на текущие события, затем мнестические расстройства распространяются и на более ранние периоды жизни больного. Образовавшиеся пробелы памяти больные заполняют ложными воспоминаниями – **псевдореминисценциями** и **конфабуляциями**. Эмоциональные проявления больных резко суживаются и изменяются, наблюдаются либо благодушные, либо угрюмо-раздражительное настроение. Отмечается диссонанс между нарушенной возможностью понимания ситуации и достаточной сохранностью привычных форм поведения и навыков, невозможность правильной оценки ситуации и обстановки в целом.

Поведение пассивно и инертно, больные ничем не могут заставить или, напротив, суетливы, собирают вещи, пытаются куда-то уйти. Утрачиваются критика и способность адекватно понимать окружающее, текущие события, отсутствует понимание болезни и своего состояния. Нередко поведение больных характеризуется расторможенностью инстинктов – повышаются аппетит и гиперсексуальность. Сексуальная расторможенность проявляется в идиллических реверсиях, попытках совершения развратных сексуальных действий в отношении малолетних.

Судебно-психиатрическая оценка. Предстарческий и старческий возраст характеризуются значительным снижением частоты преступлений, особенно с применением насилия, однако это не касается числа **половых преступлений**, особенно **против маленьких детей**. В связи с наличием грубых психических расстройств лица предстарческого возраста могут совершать социально опасные действия, поступки, а также утратить возможность полноценно выполнять гражданские обязанности и пользоваться своими гражданскими правами.

В тех случаях, когда эти лица совершают уголовно наказуемые деяния или возникают сомнения в разумности их действий, поступков, относящихся к гражданским делам, проводится судебно-психиатрическая экспертиза. В первом случае решается вопрос об их вменяемости, во втором – о дееспособности, т.е. о возможности в полной мере осознанно вести гражданские дела и пользоваться правами.

Лица с выраженными психическими расстройствами (психотические состояния и состояния слабоумия) признаются **невменяемыми и недееспособными**.

Литература:

1. Георгадзе З. О. «Судебная психиатрия». Учебное пособие для студентов вузов. - М.: Закон и право, ЮНИТИ-ДАНА, 2003. С.129-136.
2. Кирпиченко А.А. «Психиатрия». Минск. «Вышэйшая школа». 1984 С. 172-183.

3. «Клиническая психиатрия» Руководство для врачей и студентов. Каплан Г. Перевод с англ. М., 1999. С. 214-223, 243-244, 269-289.

4. Морозов Г.В. Судебная психиатрия. «Юридическая литература». Москва. 1978. С. 226-232.

12. Травматические поражения головного мозга

1. История вопроса.
2. Классификация травматических повреждений.
3. Периоды травматического повреждения.
4. Клинические проявления травматического поражения мозга:
 - а) травматическая астения,
 - б) психопатоподобный синдром,
 - в) эпилептиформные проявления,
 - г) травматические психозы,
 - д) слабоумие.
5. Судебно-психиатрическая экспертиза.

Травмы головного мозга и их последствия остаются одной из наиболее трудных и нерешенных проблем современной медицины и имеют огромное значение в связи с распространенностью и тяжелыми медицинскими и социальными последствиями. По данным эпидемиологического изучения черепно-мозгового травматизма, на территории России ежегодно получают только повреждения головного мозга свыше 1200 тыс. человек. В структуре инвалидности и причин смерти черепно-мозговые травмы и их последствия длительное время занимают второе место после сердечно-сосудистой патологии. Больные, перенесшие черепно-мозговые травмы, составляют значительное число лиц, находящихся на учете в психоневрологических диспансерах. Среди судебно-психиатрического контингента немалую долю составляют лица с органическими поражениями головного мозга и их последствиями травматической этиологии.

Под травмами головного мозга понимают разнообразные по видам и степени тяжести механические повреждения головного мозга и костей черепа.

Черепно-мозговые травмы делятся на **открытые травмы и закрытые**, т.е. с нарушением или без нарушения целостности костей черепа. В отношении группировки закрытых травм черепа наиболее употребительно под деление на **коммоции** (сотрясение головного мозга) и **контузии** (ушибы головного мозга).

Травма любого отдела мозга представляет собой сочетание обратимых, главным образом функциональных нарушений и необратимых морфологических изменений.

Сотрясение головного мозга характерно преобладанием функциональных изменений и отсутствием очаговых симптомов, типичных для контузий.

Однако неправильно всегда считать коммоцию более лёгкой травмой, а контузию – более тяжёлой. Бывают лёгкие контузии и тяжёлые коммоции. Имеется ещё особый вариант закрытых травм – **«воздушная контузия»**, возникающая в результате действия взрывной волны, преимущественно в военных условиях.

Общим признаком для всех вариантов последствий черепно-мозговых травм является тенденция к постепенному регрессу нарушений. Наиболее выраженные расстройства наступают непосредственно после травмы, в дальнейшем они уменьшаются.