

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 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. Спинной 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...»*

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.

В процессе течения травматического поражения различают следующие стадии (периоды):

- а) начальная стадия,
- б) острая стадия,
- в) поздняя стадия,
- д) отдалённый период травмы.

Начальная стадия характеризуется наличием расстройства сознания различной глубины и продолжительности – от полной его утраты (кома, сопор), до разных степеней оглушённости.

Острая стадия наступает после прояснения сознания. Проясняется сознание сразу или через промежуточные фазы в такой последовательности: **кома, сопор, оглушённость, сомнолентность**. В острой стадии черепно-мозговой травмы оглушённость, сомнолентность, сменявшие кому и сопор, в некоторых случаях остаются до 1-2 месяцев.

Динамика прояснения сознания является важным критерием для прогноза. В этой стадии после тяжёлых коммоций и воздушных травм нередко возникает общая заторможенность с замедленностью всех психических функций. После контузионного черепно-мозгового поражения может развиваться психомоторное возбуждение с агрессивностью, а также состояние расторможенности с повышенным настроением, склонностью к шуткам или капризностью при отсутствии критики, что наблюдается преимущественно при лобной локализации поражения.

В этой стадии иногда возникают **острые травматические психозы** с осевым синдромом помрачения сознания в форме делириозного, онейроидного, умеренного расстройства сознания. Острым травматическим психозам свойственны амнестические и интеллектуальные нарушения, вестибулярные и вегетативно-вазомоторные явления, волнообразные типичные изменения, с ухудшениями в ночное время.

Острый травматический психоз, иногда, приобретая подострое течение, переходит в корсаковский амнестический синдром с типичными для него компонентами (нарушения запоминания и воспроизведения, ретроградная амнезия, ложные воспоминания).

В острой стадии также наблюдаются симптомы резкой астении с двигательной и психической заторможенностью, головные боли, головокружения, тошнота и рвота. Более отчётливо выступают очаговые симптомы парезы, параличи и др. Иногда наблюдаются судорожные припадки. При так называемой воздушной контузии часто выявляется симптом глухонемоты.

В лёгких случаях черепно-мозговых травм к исходу острой стадии все болезненные явления сглаживаются. В более тяжёлых случаях выздоровления не наступает и определяется третья, **поздняя стадия** с подострым, более затяжным течением синдромов. В поздней стадии травматической болезни могут наблюдаться различные истерические проявления. Иногда развиваются рецидивирующие психозы в виде сумеречных расстройств сознания или галлюцинаторно-параноидных состояний, чаще обусловленные недостаточным лечением в острой стадии или воздействиями добавочных отягощающих факторов (переутомление, соматическое заболевание, алкогольная интоксикация).

В поздней стадии могут возникнуть **психозы с аффективными фазными расстройствами депрессивного или маниакального характера** или с чередованием этих фаз. От маниакально-депрессивного психоза они отличаются тем, что протекают на фоне выраженной астении и вегетативных расстройств. Лица, совершившие правонарушения в состоянии травматических психозов, **признаются невменяемыми**.

Переход болезни в позднюю стадию не исключает возможности выздоровления, но затягивает его на многие месяцы. При этом выявляются две основные тенденции:

- к постепенному регрессу патологических явлений и
- или к чёткому выявлению органического дефекта в различном клиническом оформлении (травматическое слабоумие, травматическая эпилепсия и др.).

Спустя длительные сроки после черепно-мозговых травм может проявиться ряд психопатологических и неврологических симптомов и синдромов.

Выделяют следующие основные клинические варианты отдалённых последствий черепно-мозговых травм:

- травматическая астения,
- психопатоподобные изменения личности,
- различные эпилептиформные проявления,
- травматические психозы,
- слабоумие.

Травматическую астению (церебрастению) характеризует состояние повышенной истощаемости и эмоциональной лабильности с вегетативной и вестибулярной неустойчивостью, головными болями, расстройствами сна. Переутомление, инфекционное заболевание, изменение барометрического давления, психогении ухудшают состояние больного. При этом наблюдается склонность к возникновению ипохондрических идей, истерических реакций.

Лица с травматической церебрастенией **признаются невменяемыми** в связи с незначительностью психических изменений.

Для психопатологии отдалённого периода черепно-мозговых травм характерны частые аффективно-волевые нарушения, которые нередко оформляются в **психопатоподобный синдром**.

В судебно-психиатрической клинике обычно приходится иметь дело с взрывчатым и истероидным вариантами психопатоподобного синдрома.

Посттравматические психопатоподобные расстройства протекают регрессиентно, однако на практике чаще наблюдается психопатоподобный синдром, осложнённый дополнительными неблагоприятными факторами (алкоголизм, повторные травмы, воздействие антисоциальной среды и др.).

Особенно тяжело протекает взрывчатый вариант психопатоподобного синдрома с различными по глубине дисфориями, которые характеризуются напряжённым, тоскливо-злым или мрачно-угрюмым аффектом. На высоте тяжёлых дисфорий может быть нарушено сознание с последующей частичной амнезией. Продолжительность этих дисфорий от нескольких часов до нескольких дней.

Сочетание спонтанно возникающих, часто повторяющихся, тяжёлых дисфорий, со значительными личностными, неврологическими и вегетативными нарушениями при травматической болезни мозга **пределяет невменяемость лиц**, совершивших правонарушения, и необходимость применения к ним мер медицинского характера.

При **истероидном психопатоподобном синдроме** наблюдаются более лёгкие дисфории. Они не сопровождаются параноидной настроенностью и нарушением сознания. В таких состояниях возможна управляемость поведения. Лица с такими дисфорическими проявлениями обычно **признаются вменяемыми**.

Судебно-психиатрическая оценка посттравматических психопатоподобных изменений личности неоднородна. У подавляющего большинства испытуемых с этими изменениями выраженного интеллектуального дефекта не наблюдается, и они **признаются вменяемыми**.

В тех случаях, когда правонарушение было совершено в период значительного ухудшения психического состояния, связанного, как правило, с присоединением каких-либо вредных факторов, когда отмечается чрезвычайное обострение аффективной возбудимости, сочетающейся с рядом и других психопатологических симптомов (бредовой настроенностью, тяжелым дисфорическим аффектом) вопрос о вменяемости **может быть решён отрицательно.**

В течение травматической болезни возможно появление пароксизмальных расстройств и состояний измененного сознания (**травматическая эпилепсия**).

Травматической эпилепсией называют такие состояния, при которых эпилептиформный синдром, возникший в результате черепно-мозговой травмы, имеет ведущее значение. Эпилептиформные расстройства чаще возникают после открытых и тяжёлых закрытых черепно-мозговых травм, однако, возникновение их возможно и при лёгких травмах без потери сознания.

Пароксизмальные расстройства возникают как в течение первого года после перенесённой травмы, так и в отдалённом ее периоде через 10–20 и более лет.

Для посттравматических эпилептиформных проявлений характерно сочетание полиморфизма с атипичностью клинической картины. Возникают большие, малые, джексоновские (двигательные и сенсорные) припадки, оптико-вестибулярные приступы, дизэпилепсии с выраженным вазовегетативным компонентом, но без судорог, сумеречные расстройства сознания, дисфории и большие эпилептические психозы. После закрытых травм обычно возникают генерализованные припадки, после открытых – джексоновские фокальные припадки. К эпилептиформным расстройствам относят также дисфории, сумеречные расстройства сознания, которые нередко сочетаются с судорожными припадками, иногда возникают в связи с воздействием вредных дополнительных экзогенных факторов.

Иногда наблюдаются эпизоды сумеречного помрачения сознания. Больные в таком состоянии двигательны возбуждены, агрессивны, по окончании психоза отмечается терминальный сон и амнезия.

В судебно-психиатрической практике наблюдаются следующие клинические **формы сумеречного расстройства сознания:**

- а) глубокое помрачение сознания с психомоторным возбуждением, автоматизмами, аффектом страха, полной амнезией;
- б) сумеречные состояния с изменённым восприятием окружающего в галлюцинаторно-бредовом плане и последующей частичной амнезией;
- в) неглубокие расстройства сознания с внешне кажущимся целесообразным, но неадекватным сложным поведением, оглушённостью, неясной ориентировкой в окружающем.

Судебно-психиатрическая оценка правонарушений, совершённых вне пароксизмальных состояний зависит от выраженности интеллектуального дефекта и изменений личности. Большая часть испытуемых с эпилептиформным синдромом признаются вменяемыми. В связи с припадками им рекомендуется амбулаторное наблюдение в санчасти места лишения свободы. Глубокие эпилептические и органические изменения интеллекта и личности исключают вменяемость. Совершение общественно опасных действий в состоянии изменённого сознания, тяжёлой дисфории, психоза также исключает вменяемость.

В отдалённом периоде травматической болезни могут возникать травматические психозы, которые обычно наступают спустя 10–15 лет после перенесенной травмы головы. Развитие их проецируется повторными травмами головы, инфекционными заболеваниями, психогенными воздействиями. Протекают в виде аффективных или галлюцинаторно-бредовых расстройств. Преобладают галлюцинаторно-параноидные состояния и параноидные картины с синдромом Кандинского-Клерамбо.

Противоправные деяния в таких состояниях всегда направлены против жизни и здоровья окружающих, не имеют адекватной мотивации, отличаются жестокостью, непринятием мер по сокрытию преступления и переживанием чуждости содеянного. В судебно-психиатрической практике они нередко оцениваются как болезненные кратковременные расстройства психической деятельности в форме сумеречного состояния.

В отдалённом периоде черепно-мозговой травмы могут возникнуть шизофреноподобные психозы, внеэпилептических проявлений травматической болезни. В судебно-психиатрической клинике встречаются аффективные, галлюцинаторно-параноидные и, реже, кататоноподобные психозы.

Аффективные психозы протекают в форме периодических депрессивных, маниакальных или биполярных приступов. Чаще возникают маниакальные приступы с малой продуктивной симптоматикой. Эйфория сочетается с гневливостью, злобностью, мориоподобным поведением. Периоды психомоторного возбуждения сменяются вялостью. Депрессивные приступы протекают с диффорическими, ипохондрическими, деперсонализационными включениями.

Галлюцинаторно-параноидные психозы протекают с обранными полиморфными, конкретным по содержанию и эмоционально насыщенным бредом, речедвигательным возбуждением.

Травматические психозы характеризуются приступообразным или затяжным течением, представляют собой прогрессивное течение травматической болезни.

Травматическое слабоумие – сравнительно редкая форма последствий черепно-мозговой травмы. Оно развивается после тяжёлых ранений и контузий черепа и головного мозга.

Выделяют два варианта травматического слабоумия:

- а) резидуальное слабоумие, устанавливающееся в остром периоде травмы и
- б) последующее, возникающее через несколько лет после травмы.

Резидуальное слабоумие непрогрессивно и даже имеет тенденцию к регрессу ряда симптомов, что объясняется компенсаторными возможностями головного мозга.

Последующее слабоумие имеет прогрессирующий тип течения в связи с присоединением повторных травм, алкоголизма, атеросклероза. Травматическое слабоумие проявляется сочетанием выраженного интеллектуально-мнестического дефекта с грубым нарушением критических способностей и аффективно-волевыми расстройствами (эйфория, эксплозивность, апатия).

Поведение больных с травматическим слабоумием определяется эмоциональным огрубением, исчезновением семейных привязанностей, снижением морально-этического порога, цинизмом. На этом фоне обычно по незначительному поводу легко возникают эксплозивные и истерические реакции, нередко сменяющиеся депрессивными расстройствами со снижением интересов, вялостью, пассивностью, адинамией. Наступает грубое снижение социальной адаптации.

Судебно-психиатрическая оценка лиц, перенесших травмы головы, неоднозначна и зависит от стадии заболевания и клинических проявлений болезни. Наиболее сложна экспертная оценка острого периода травматической болезни, поскольку эксперты не наблюдают его лично. Особое значение приобретает экспертная оценка потерпевших.

В отношении лица, совершившего противоправное деяние, наибольшее значение имеют легкая и средняя степени тяжести черепно-мозговой травмы, поскольку сознание в этих случаях помрачено неглубоко. Эти состояния подпадают под понятие временного психического расстройства и свидетельствуют о невменяемости лица в отношении инкриминируемого ему деяния.

Судебно-психиатрическая экспертиза отдаленных последствий травмы головы в основном касается решения вопроса о вменяемости этих лиц. К моменту совершения преступления и производства экспертизы

у них обычно имеются незначительные посттравматические расстройства в виде психопатоподобных, невротоподобных, аффективных и астенических нарушений, что не исключает их вменяемости. При наличии выраженных интеллектуально-мнестических нарушений вплоть до травматического слабоумия больные должны признаваться невменяемыми.

Литература:

1. Георгадзе З. О. «Судебная психиатрия». Учебное пособие для студентов вузов. - М.: Закон и право, ЮНИТИ-ДАНА, 2003. С.123-129.
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. 51-57, 154-160.
4. Морозов Г.В. Судебная психиатрия. «Юридическая литература». Москва. 1978. С. 194-202.

13. Психические расстройства вследствие сосудистых заболеваний головного мозга

1. Характеристика сосудистых нарушений.
2. Церебральный атеросклероз.
3. Гипертоническая болезнь.
4. Гипотония.
5. Судебно-психиатрическая экспертиза больных с сосудистой патологией.

Среди сосудистых заболеваний психическими нарушениями чаще всего сопровождается мозговой (церебральный) атеросклероз, гипертоническая болезнь и гипотония.

Сосудистые заболевания головного мозга являются следствием общего заболевания сосудистой системы. Психические расстройства сосудистого генеза являются наиболее часто встречающейся формой патологии, особенно в позднем возрасте. После 60 лет они обнаруживаются почти у каждого пятого пациента.

У больных с психическими расстройствами при церебральном атеросклерозе и гипертонической болезни, относящихся к различным формам сосудистой патологии, обнаруживают много общего: возрастной фактор, наследственность, преморбидные черты, различные экзогенные вредности (алкоголизм, черепно-мозговые травмы, психогении). Все это объясняет общность патогенеза, клинической и патоморфологической картины этих разновидностей общего сосудисто-мозгового процесса, особенно на ранних стадиях его развития.

Мозговой атеросклероз. Атеросклероз представляет собой хронически протекающее общее заболевание с преимущественным поражением артерий (особенно сердца и мозга) за счёт отложения в их стенках липидов и разрастания соединительной ткани. Вследствие изменения сосудистой стенки и сужения просвета мозговых сосудов происходит нарушение кровоснабжения головного мозга, вызывающее те или иные поражения нервной ткани, следствием чего и являются характерные нервно-психические нарушения.

Атеросклероз мозговых сосудов, как правило, развивается в пожилом возрасте (50-60 лет). Среди причин, способствующих его возникновению, определённая роль принадлежит наследственным факторам, психогениям, черепно-мозговым травмам, интоксикациям, включая алкоголь и курение.

Клинические проявления мозгового атеросклероза различны в зависимости от стадии заболевания, выраженности и локализации сосудистого процесса, характера его течения и пр.

Развитие процесса, обусловленного **церебральным атеросклерозом**, характеризуется **наличием трёх стадий**:

I стадия – начальная (неврастеноподобная),