

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. 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...»*

у них обычно имеются незначительные посттравматические расстройства в виде психопатоподобных, неврозоподобных, 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),

II – стадия выраженных психических расстройств;

III – дементная стадия.

Наиболее частым проявлением I, начальной, стадии (примерно одна треть случаев) церебрального атеросклероза является неврастеноподобный синдром. При этом типичными являются жалобы на снижение памяти, проявляющиеся вначале в затруднении усвоения и запоминания нового материала, особенно имён, фамилий, номеров телефонов, дат, что заставляет больных пользоваться записными книжками. Основные признаки этого состояния: быстрая утомляемость, слабость, истощаемость психических процессов, раздражительность, эмоциональная лабильность. В одних случаях могут возникать реактивные обусловленные и депрессивные состояния, в других – наиболее выражен психопатоподобный (с раздражительностью, конфликтностью, неуживчивостью) или ипохондрический синдром. Больные жалуются на головокружение, шум в ушах, снижение памяти.

Весьма характерным для начальных этапов заболевания является усиление и изменение личностных особенностей. Например, лица, склонные к беспокойству, становятся особенно тревожными, мнительными, экономные люди в прошлом, теперь становятся скупыми, а аккуратные лица – подчеркнута педантичными.

Течение мозгового атеросклероза, как правило, прогрессирующее. Однако в начальных стадиях интенсивность болезненных проявлений подвержена значительным колебаниям и носит волнообразный характер. Колебания состояния больных иногда связаны с переутомлением, волнением, соматическим недомоганием, а нередко возникают и без всякого внешнего повода.

Вслед за более или менее продолжительным неврастеноподобным этапом наступает период интеллектуального снижения, которое в случаях объединения кризов и инсультов может достигать степени выраженного слабоумия.

Во II стадии (период выраженных психических расстройств), как правило, нарастают интеллектуально-мнестические расстройства: значительно ухудшается память, особенно на события настоящего, мышление становится инертным, обстоятельно нарастает эмоциональная лабильность, отмечается слабоумие. Церебральный атеросклероз у взрослых нередко сочетается с гипертонической болезнью.

При мозговом атеросклерозе возможны и психотические состояния. Для судебно-психиатрической оценки наибольшее значение имеют психозы, протекающие с картиной депрессивных, параноидных и галлюцинаторно-параноидных синдромов, состояний с помрачением сознания.

В ряде случаев судебно-психиатрическое значение могут иметь подостро протекающие параноидные синдромы. Эти формы преморбидном состоянии отличаются замкнутостью, подозрительностью или имеют тревожно-мнительные черты характера. Нередко наследственность у них отягощена психическими болезнями, в анамнезе отмечается алкоголизм. Содержание бреда разнообразно: наиболее часто высказываются бредовые идеи ревности, преследования, отравления, иногда идеи ущерба, ипохондрический бред. При этом бредовые идеи нередко сочетаются друг с другом, сопровождаются злобными вспышками раздражительности, агрессией. В таком состоянии они могут совершать тяжелые общественно опасные действия. Несколько реже при атеросклеротических психозах наблюдается депрессия, которая длится, как правило, от нескольких недель до нескольких месяцев, часто наблюдаются ипохондрические жалобы. После выхода из депрессивного состояния у больных не обнаруживается выраженного органического снижения, но они слабодушны, настроение их неустойчиво. Через некоторое время депрессия может повторяться.

III стадия (дементная) характеризуется периодом выраженных психических расстройств. Иногда наблюдаются эпилептиформные пароксизмы, чаще это атипичные первично генерализованные судорожные припадки и психомоторные эпизоды с автоматизмами. Помимо пароксизмальных расстройств, у больных

наблюдаются психические нарушения, близкие к эпилептическим расстройствам. Темп нарастания деменции постепенный, выраженная деменция наступает через 8–10 лет после появления этого синдрома.

Психические расстройства у больных с церебральным атеросклерозом сочетаются с соматическими расстройствами (атеросклероз аорты, коронарных сосудов, кардиосклероз) и неврологическими симптомами органического характера (вялая реакция зрачков на свет, сглаженность носогубных складок, неустойчивость в позе Ромберга, тремор рук, синдром орального автоматизма).

По мере развития атеросклеротического процесса нарастает упадок психической деятельности. В картине болезни на первый план выступают интеллектуально-мнестические расстройства, проявляющиеся выраженными нарушениями памяти, внимания, падением работоспособности. Психическая деятельность приобретает всё более ригидный характер, мышление теряет прежнюю лёгкость и гибкость, появляется склонность к излишней обстоятельности, застреванию на отдельных деталях. Нарастают эмоциональные расстройства, которые проявляются в повышенной раздражительности, слабодушии, недержании аффектов. Больные становятся эгоистичными, круг их интересов резко сужается. Однако основные морально-этические и социальные установки, как правило, сохраняются длительное время.

Значительное место в клинике мозгового атеросклероза занимают нервно-соматические расстройства. Так, расстройства сна является одним из наиболее ранних симптомов болезни, весьма тягостным, а иногда и мучительным. Больные с трудом засыпают, сон становится поверхностным, не освежает. Часты головные боли, головокружения, шум и звон в ушах, усиливающиеся при волнении и напряжении.

Нарастание болезненных проявлений при мозговом атеросклерозе часто происходит постепенно, но в случаях, осложнённых хроническим алкоголизмом или после присоединения гипертонии отмечается выраженное прогрессирование заболевания. Особенно быстро нарастает картина интеллектуального снижения после мозговых кровоизлияний, результатом чего может явиться развитие постапоплектического слабоумия, клиническая структура которого в ряде случаев напоминает псевдопаралитическое состояние с характерными грубыми расстройствами памяти благодушно-эйфорическим настроением и дезориентировкой в окружающей среде. Иногда на этом фоне отмечаются бредовые идеи величия.

После мозговых кровоизлияний может развиваться и характерный симптомокомплекс типа корсаковского синдрома. Помимо описанных расстройств картина болезни может дополняться симптомами параличей, нарушения речи (фазия) нарушения действий (апраксия), нарушения узнавания (агнозия). Возможны и судорожные проявления (так называемая поздняя эпилепсия).

При мозговом атеросклерозе иногда наблюдаются и другие психические расстройства. Так, в связи с острым нарушением мозгового кровообращения может развиваться сумеречное расстройство сознания, проявляющееся с картиной психомоторного возбуждения, неправильным, а иногда и агрессивным поведением. Может возникнуть выраженное депрессивное состояние с бредом самообвинения и обвинения, когда больные совершают тяжёлые суицидальные акты, принимающие иногда характер расширенных самоубийств. Описаны бредовые синдромы с идеями ревности, изобретательства или ипохондрическим бредом.

При осложнении мозгового атеросклероза хронической алкогольной интоксикацией в поведении и высказываниях больных нередко отмечается характерный налёт благодушия, беспечности, определённый морально-этический дефект, что производит иногда впечатление выраженного органического снижения. Однако следует иметь в виду, что при прекращении приёма алкоголя эти явления могут нивелироваться.

В условиях судебно-психиатрической клиники очень важно подчеркнуть особую склонность больных мозговым атеросклерозом к возникновению психогенно-обусловленных реактивных состояний, принимающих нередко затяжной характер.

В ряде случаев судебно-психиатрическое значение могут иметь подостро протекающие параноидные синдромы. Эти больные в преморбидном состоянии отличаются замкнутостью, подозрительностью или имеют тревожно-мнительные черты характера. Нередко наследственность у них отягощена психическими болезнями, в анамнезе отмечается алкоголизм. Содержание бреда разнообразно: наиболее часто высказываются бредовые идеи ревности, преследования, отравления, иногда идеи ущерба, психодрического бреда. При этом бредовые идеи нередко сочетаются друг с другом, сопровождаются эгоцентрическими влечениями раздражительности, агрессией. В таком состоянии они могут совершать тяжелые общественно опасные действия. Несколько реже при атеросклеротических психозах наблюдается депрессия, которая длится, как правило, от нескольких недель до нескольких месяцев, часто наблюдаются ипохондрические жалобы. После выхода из депрессивного состояния у больных не обнаруживается выраженного органического снижения, но они слабодушны, настроение их неустойчиво. Через некоторое время депрессия может повториться.

Гипертоническая болезнь. Ведущим симптомом гипертонической болезни является повышение артериального давления, обусловленное нервно-функциональными нарушениями регуляции сосудистого тонуса. Основное значение в происхождении болезни придается перенапряжению центральной нервной системы, вызванному длительным или сильным волнением, чрезмерной умственной нагрузкой, эмоциональным потрясением. Гипертоническая болезнь является хроническим заболеванием с различными клиническими проявлениями в зависимости от стадии её развития и преимущественной локализацией поражения сосудов (сердце, мозг, почки). Одной из наиболее частых форм является церебральная форма болезни.

В проявлениях гипертонической болезни принято выделять следующие три стадии:

- 1) начальную, первую, с функциональными сосудистыми нарушениями, когда повышение артериального давления носит транзиторный (проходящий) характер и связано с психическим перенапряжением;
- 2) вторую, характеризующуюся выраженным и стойким повышением артериального давления;
- 3) третью, склеротическую стадию, когда наряду со стойким и значительным повышением артериального давления наблюдаются органические изменения внутренних органов.

В начальной стадии заболевания психические изменения нестойки, обнаруживают значительную связь с колебаниями уровня артериального давления и в основном соответствуют **неврозоподобному синдрому**. Нередко возникают разного рода навязчивые явления: навязчивые воспоминания и сомнения, навязчивые страхи, особенно кардиофобия и навязчивый страх смерти (танатофобия). Отмечается снижение памяти, головные боли, локализующиеся в затылочной области, головокружения, бессонница.

Следует иметь в виду, что при благоприятном течении гипертонической болезни, когда она на протяжении длительного времени сохраняет транзиторный характер, значительных психических изменений может и не быть и трудоспособность больных сохраняется.

Во второй и третьей стадиях заболевания наряду с нарастанием соматических и неврологических расстройств, обусловленных стойким повышением артериального давления, усиливаются и становятся более разнообразными психические нарушения. Так, могут возникать кратковременные гипертонические психозы, протекающие с картиной расстроенного сознания по типу сумеречных, делириозных, аментивных расстройств или состояний оглушенности. Как правило, эти состояния возникают внезапно и сопровождаются резким подъёмом артериального давления. При снижении артериального давления они

проходят, чаще всего, сопровождаясь явлениями психической слабости типа астении. В неблагоприятных случаях течение болезни может осложниться гипертоническим инсультом, имеющим последствием более или менее значительные явления выпадения функций в виде парезов, параличей, нарушений речи.

Выявляются также симптомы психоорганического снижения, которое имеет определённую тенденцию к прогрессированию. По своей структуре оно напоминает атеросклеротическое слабоумие, но с более грубыми расстройствами памяти и критических способностей.

В силу повышенной аффективной неустойчивости в условиях психотравмирующей ситуации нередко развиваются реактивные состояния, приобретающие склонность к пролонгированному течению. В неблагоприятных случаях может произойти быстрое прогрессирование заболевания с нарастанием психоорганического дефекта.

В структуре гипертонических психозов, имеющих сходную по основным синдромам с атеросклеротическими психозами клиническую картину, более выражены аффективные расстройства: тревога доминирует и выражена наряду с бредом, депрессией, галлюцинозом, что позволяет оценить эти состояния как тревожно-бредовые, тревожно-депрессивные синдромы. Психотические расстройства определяются аффективными нарушениями (тревожной депрессией) и кратковременными расстройствами сознания (эпизоды сумеречных расстройств сознания).

При гипертонической болезни могут наблюдаться и другие расстройства. Псевдотуморозный синдром своими проявлениями (резкой головной болью, эйфорией, замедленностью психических процессов) напоминает клиническую картину опухоли мозга.

Гипотония. Основным симптомом гипотонии является понижение артериального и венозного давления, в результате нарушения центральной нервной регуляции сосудистого тонуса. Среди психических нарушений, сопутствующих гипотонии, чаще всего наблюдаются астено-невротические состояния. Могут возникать гипотонические кризы, сопровождающиеся резкой слабостью, головокружением, иногда обморочными состояниями. В отдельных случаях жалобы отсутствуют.

Судебно-психиатрическая оценка. Лица в начальной стадии заболевания (с неврастеноподобным синдромом, неглубокой депрессией, а также психопатоподобными проявлениями, с раздражительностью, вспыльчивостью, конфликтностью) не лишены способности, осознавать общественно опасный характер, совершенного ими деяния и могут руководить своими поступками, т.е. **признаются вменяемыми**.

Невменяемыми признаются только лица с явлениями выраженного слабоумия или совершившие инкриминируемое им деяние в период сосудистого психоза. Что касается медицинских мер в отношении этих лиц, то лишь немногие из них нуждаются в направлении на принудительное лечение – злобные, возбуждённые с бредовыми идеями ревности, преследования. В большинстве же, совершившие деяние, не представляющее большой общественной опасности, больные, в поведении которых доминирует вялость, малая активность, могут быть направлены в психиатрические больницы общего типа или помещены в учреждения социального обеспечения.

Атеросклеротическое слабоумие, развившееся после осуждения, является основанием для освобождения лица от дальнейшего отбывания наказания.

Вынесение судебно-психиатрического заключения может быть затруднено и при возникновении реактивных состояний у лиц с сосудистыми мозговыми заболеваниями. Иногда реактивные состояния у лиц с церебральной сосудистой недостаточностью могут принимать особенно длительное и неблагоприятное течение, на фоне которого происходит прогрессирование сосудистого процесса с нарастанием органического снижения. В этих случаях окончательное решение экспертных вопросов следует отложить до

ликвидации реактивных наслоений, что может быть достигнуто проведением лечения в период стационарной судебно-психиатрической экспертизы или путём направления этих больных на лечение в психиатрические больницы до выхода из болезненного состояния, лишь, после чего может быть решён вопрос о вменяемости.

Достаточно сложны для судебно-психиатрической оценки постинсультные состояния у лиц с сосудистыми поражениями головного мозга.

При этом в остром периоде, протекающем с мерцанием сознания, частичным нарушением ориентировки в окружающем, с расстройствами речи, психопатологическими нарушениями, исключительными больными сделки должны признаваться недействительными.

В отдаленном периоде экспертная оценка определяется степенью и глубиной психических изменений, возникших после перенесенного мозгового кровоизлияния. При этом лица с выраженным постинсультным слабоумием признаются недееспособными. Отсутствие выраженных интеллектуально-мнестических расстройств, сохранность критики не препятствуют признанию лица дееспособным.

Литература:

1. Георгадзе З. О. «Судебная психиатрия». Учебное пособие для студентов вузов. - М.: Закон и право, ЮНИТИ-ДАНА, 2003. С.126-133
2. Морозов Г.В. Судебная психиатрия. «Юридическая литература», Москва. 1978. С. 219-226.

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.

СПИД – заболевание, передающееся медленным ретровирусом (Т - клеточный лимфотрофический вирус). Это вирус обладает лимфотропными и нейротропными свойствами и, следовательно, может непосредственно поражать нервную систему, вызывая разнообразные неврологические (миелопатия, невропатия) и психические расстройства (аффективные и психопатоподобные нарушения, деменцию, психозы).

ВИЧ обнаруживается в крови, сперме, слезах, цервикальных и вагинальных выделениях, слюне и спинномозговой жидкости, грудном молоке заболевших и носителей.

Среди психических расстройств выделяются расстройства:

- связанные с реакцией личности на факт заболевания СПИДом,
- и психические расстройства в результате органического поражения головного мозга.

Реакция на заболевание. Первой психологической проблемой, с которой сталкиваются больные СПИДом, является их социальная изоляция. У них распадаются семьи, от них отказываются родственники и друзья, их часто необоснованно увольняют с работы. Даже в больнице в специализированном отделении они чувствуют барьер между собой и окружающими: врачи и медицинский персонал разговаривают с ними на расстоянии вытянутой руки, стараются к ним не прикасаться, иногда откровенно выражают им свою брезгливость, отказываются выполнять необходимые им медицинские манипуляции. Особенно тягостно положение ВИЧ-инфицированных детей: их исключают из школ, лишают общения со сверстниками. Все это