

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 шоквые 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 дисимуляция 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...»\*

Так как одной из форм передачи этого заболевания является половой путь, заражение может произойти при добровольном половом акте, при изнасиловании, развратных действиях, а также при мужеложстве. ВИЧ-инфекция, кроме того, может быть занесена в кровь при нарушении правил переливания и взятия крови; наркоманами, пользующимися для внутривенного введения наркотика одним шприцем, а также при других обстоятельствах, сопровождающихся возможностью перенесения ВИЧ-инфекции от больного здоровому через кровь.

Клинически выраженное слабоумие у пациента обычно не вызывает сомнений при его клинической квалификации и признании этого лица **невменяемым**. Однако следует учитывать, что у больных нередко сохраняются привычные стереотипные формы поведения, в связи с чем они могут внешне производить впечатление достаточно сохранных.

При отягощении основного заболевания различными добавочными вредностями у ВИЧ-инфицированных часто возникают различные по своей клинической структуре и глубине состояния психопатологии вплоть до психотических. При констатации психотических состояний в период совершения совершаемых им деяний эти лица также должны признаваться невменяемыми.

Однако чаще ВИЧ-инфицированные лица не утрачивают способности осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, в связи с чем они признаются вменяемыми. Это лица с психопатоподобными расстройствами, эпилептиформными синдромами, незначительными изменениями личности по психоорганическому типу.

Значительная аффективная неустойчивость, психическая инертность с концентрацией на отрицательно окрашенных переживаниях, вегетативно-сосудистая лабильность являются причиной возникновения у этих лиц в психогенно-травмирующей ситуации реактивные состояния, которые могут принимать затяжное течение. Возможны различные сочетания психогенных и органических психопатологических проявлений. В одних случаях под влиянием психической травмы обостряются и углубляются симптомы психоорганического дефекта личности, в других – психогенная реакция принимает форму органических симптомов, в-третьих – психогенная реакция маскирует психоорганический дефект, который обнаруживается только после сглаживания реактивных наслоений. Для более точной экспертной квалификации рекомендуется не решать диагностических и экспертных вопросов при первичном освидетельствовании, а направлять больных на принудительное лечение до сглаживания психогенных наслоений и уже после этого решать диагностические и экспертные вопросы.

#### Литература:

1. Георгавзе З. О. «Юридическая психиатрия». Учебное пособие для студентов вузов. - М.: Закон и право, ЮНИТИ-ДАНА, 2003. С.133-139.

### 15. Сифилитические заболевания центральной нервной системы

1. Общая характеристика сифилитической инфекции.
2. Сифилис мозга.
  - а) сифилитическая невралгия;
  - б) менингеальная форма;
  - в) гуммозная форма;
  - г) апоплектиформный 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.

Заболевания, обусловленные проникновением возбудителя сифилиса – бледной трепонемы в центральную нервную систему, подразделяют на сифилис мозга, прогрессивный паралич и спинную сухотку (табес). Сифилис нервной системы наблюдается у 10% лиц, заразившихся сифилисом и, к сожалению, не лечившихся.

Сифилис мозга и прогрессивный паралич характеризуются нарастанием тяжести их проявлений. При несвоевременном выявлении этих болезней и отсутствии необходимой терапии это может приводить к распаду психической деятельности и гибели больных. Прогрессивный паралич имеет злокачественное течение, худший прогноз и в нелечёных случаях, как правило, приводит больных к смерти через 3-4 года после начала заболевания.

**Сифилис мозга.** Инкубационный период сифилиса мозга обычно имеет продолжительность от нескольких месяцев до 5-6 лет после заражения сифилисом.

Многообразие клиники этой болезни обусловлено преимущественной локализацией и характером сифилитического поражения мозга (изменения сосудов, оболочек, возникновение гumm), степенью общей интоксикации, возрастом, предшествовавшей терапией и другими факторами.

Все формы сифилиса мозга объединяет нарастающая дегенерация психики органического типа. Развивающееся слабоумие обычно связано с очаговым характером поражения (гуммы, менингоэнцефалит, эндартериит). Ослабление памяти обычно распространяется на все периоды жизни больного.

К так называемой **сифилитической деменции** относят случаи, когда психические расстройства возникают вскоре после заражения (в первичном или вторичном периоде). Они проявляются в расстройствах сна, быстрой сомато-психической истощаемости с головными болями, ослаблением памяти, преобладанием депрессивного фона настроения с лёгкой раздражительностью. Иногда у больных сифилисом мозга отмечается значительная оглушённость сознания.

**Менингеальная форма** обычно наступает во вторичной стадии. Она характеризуется сильными головными болями, рвотами, оглушённостью или спутанностью сознания. Нередки депрессивные сознания. Отмечаются неврологические расстройства в виде менингеальных симптомов и патологии со стороны черепно-мозговых нервов (низокория, вялая реакция зрачков на свет и др.).

**Гуммозная форма** относится к редким формам сифилиса мозга. Её клиника напоминает симптоматику опухли мозга. Отмечаются судорожные припадки, сильные головные боли, оглушённость, вялость, апатия. При исследовании глазного дна отмечается застой сосочков зрительных нервов. В крови и спинномозговой жидкости положительная реакция Вассермана.

Другие формы сифилиса мозга возникают преимущественно на более отдалённых этапах развития заболевания. Их с определённой условностью называют поздними формами сифилиса мозга.

В основе **апоплектиформного сифилиса** мозга лежит специфическое поражение мелких и крупных сосудов мозга. Отмечаются частые инсульты с явлениями снижения личности по органическому типу. Нередки расстройства сознания в виде его спутанности. Эта форма имеет плохой прогноз. Постепенно может развиваться глубокое слабоумие. Возможна смерть во время инсульта.

Эпилептиформный сифилис мозга напоминает эпилепсию. Наряду с припадками отмечаются сумеречные расстройства сознания, снижается память, постепенно развивается слабоумие. Нередко больные погибают во время эпилептического статуса.

**Галлюцинаторно-параноидная форма** обычно развивается постепенно, имеет относительно малую выраженность неврологических нарушений. В клинической картине преобладают галлюцинации или бредовые идеи. Часто возникают слуховые галлюцинации, которые могут усиливаться в ночное время. Из бредовых идей обычно встречаются чувственный бред преследования, бред физического воздействия, ипохондрический бред. Галлюцинациям и бредовым идеям свойственны однообразие и конкретность характера содержания, его связь с окружающими реальными лицами, что может делать больных опасными для них. Обычно больные доступны, слабоумие развивается медленно и не достигает глубокой степени. Для данной формы характерны длительные улучшения состояния с сохранностью трудоспособности.

В результате длительного течения сифилиса мозга возможно развитие **сифилитического псевдопаралича**. Эта форма характеризуется медленно развивающимся слабоумием, достигающим глубокой степени, расстройствами памяти с конфабуляциями, то повышенным, то тоскливым настроением. Псевдопараличу свойственно длительное течение. Возможны временные улучшения психического состояния, с ограниченной способностью руководить своим поведением и частичной критикой к своему состоянию, что отличает псевдопаралич от прогрессивного паралича.

На почве сифилиса головного мозга, особенно в результате недостаточно эффективной терапии, могут возникнуть стойкие астеноипохондрические состояния без существенного интеллектуального снижения и нарушений памяти, со склонностью к истерическим реакциям и временному психогенному ухудшению заболевания в условиях следствия, судебно-психиатрической экспертизы или отбывания наказания. В таких случаях решение вопроса о вменяемости или дееспособности больных откладывается до исчезновения психогенных наслоений и улучшения клинической картины.

**Сухотка спинного мозга (Тасс)** характеризуется значительными неврологическими расстройствами (нарушением чувствительности и координации движений, отсутствием сухожильных рефлексов на нижних конечностях и наличием вялых дистальных параличей ног). При этом возникает специфическая походка типа степпаж (петушиная). Часто развивается синдром Аргайль-Робертсона. Болезнь течёт длительно с нарастанием тяжести симптомов. У больных длительное время сохраняется критика к своему состоянию. Выраженные расстройства психики редки. Преобладают изменения характера в виде появления раздражительности и агрессивности. Возможны недлительные психотические состояния с галлюцинациями, бредовыми идеями преследования, помрачением сознания.

**Прогрессивный паралич** возникает в среднем через 10-12 лет после заражения сифилисом, обычно при отсутствии или недостаточно энергичном противосифилитическом лечении. Чаще встречается у мужчин.

Психические нарушения при прогрессивном параличе в основном сводятся к нарастающему слабоумию, которое достигает глубокой степени и с самого начала появления сопровождается потерей критики к своему состоянию и понимания сложных социальных взаимоотношений. Психические расстройства в виде бредовых идей, галлюцинаций и двигательных нарушений непостоянны.

Из-за слабоумия больных бредовые идеи величия или депрессивно-ипохондрический бред (наиболее частые разновидности бреда у таких больных) имеют особую нелепость. Характерно беззаботно-благодарное настроение (эйфория) с отсутствием сознания болезни, легкомысленным отношением к сложившейся ситуации в связи с пребыванием в больнице, направлением на судебно-психиатрическую экспертизу и другими объективно трудными обстоятельствами.

Начиная с ранней стадии болезни, часто возникает усиление и расторможение сексуального и пищевого влечений. Это проявляется в сексуальной распушенности, циничной обнаженности высказываний, прожорливости больных.

Типичным неврологическим расстройством является синдром Аргайль-Робертсона. Отмечается неравномерность зрачков, неправильность их формы, зрачки часто сужены (миоз). В связи с расстройством лицевой иннервации возникает маскообразное лицо. Типична дизартрия, расстройства тазовой иннервации, апоплектиформные приступы с парезами, афазией и апраксией, ринолалия (вследствие разрушения костей носа).

В течение заболевания выделяют **три периода**:

- начальный период, «неврастеническая стадия»;
- период полного развития болезни;
- заключительный период (паралитический маразм).

В начальной стадии проявляются повышенная утомляемость, рассеянность, приводящие к важным событиям общественной и личной жизни. Наблюдается лёгкая аффективная возбудимость, иногда с агрессивностью. Больные начинают допускать ошибки в работе, безактные, неуместные поступки, которые сами вскоре перестают замечать, а к соответствующим замечаниям относятся беззаботно или с раздражением.

В период полного развития болезни с наибольшей отчетливостью выделяются клинические формы прогрессивного паралича: дементная, экспансивная (классическая), депрессивная, агитированная, припадочная, параноидная и юношеская, возникающая на основе врождённого сифилиса.

В настоящее время наиболее часто встречается дементная форма. Она характеризуется нарастающим слабоумием, расстройствами памяти, благодушно-беззаботным настроением; бредовые идеи и другие возможные нарушения психики не занимают значительного места. Эта форма отличается сравнительно медленным течением.

В заключительном периоде прогрессивного паралича клинические особенности его отдельных форм становятся менее выраженными. Симптомы психического и соматического распада достигают наибольшей степени. К глубокому слабоумию, апатии присоединяются глубокие расстройства речи, развиваются контрактуры, пролежни, крайнее истощение.

**Судебно-психиатрическая оценка.** Трудности судебно-психиатрической оценки сифилиса мозга определяются его большим разнообразием и различной выраженностью психических расстройств. При проведении судебно-психиатрической экспертизы преимущественно встречаются регулярно и длительно лечимые больные незначительными психическими расстройствами. Такие больные критически относятся к своему состоянию, сохраняют профессиональные знания и навыки. Поэтому они признаются вменяемыми.

В условиях судебно-психиатрической экспертизы у больных с явлениями нейросифилиса могут развиваться психогенные реакции, реактивное обострение и усиление уже имеющихся психических нарушений, что иногда затрудняет оценку глубины имеющегося дефекта психики.

Из различных сочетаний сифилиса с другими заболеваниями часто встречается комбинация нейросифилиса с хроническим алкоголизмом, что создаёт дополнительные трудности проведения экспертизы.

Если в начальных стадиях сифилиса мозга с незначительными психическими и неврологическими нарушениями не наступает нормализации спинномозговой жидкости и крови, несмотря на

противосифилитическое лечение, испытуемые направляются на лечение в психоневрологическую больницу, а решение вопроса о вменяемости следует отложить до окончания всего курса лечения.

При нормализации ликвора и крови в результате лечения в психоневрологической больнице, отсутствии нарастания психических изменений даётся заключение о вменяемости и указывается на необходимость врачебного наблюдения за больным.

Отсутствие положительных серологических реакций при сифилисе мозга не должно вызывать решающего влияния на вынесение экспертного решения, поскольку возможно выявление глубокого слабоумия, психотических состояний (галлюцинаторно-параноидная форма, расстройство сознания), при которых серологические реакции могут быть отрицательными и без терапии. В таких случаях признание больных невменяемыми определяется глубиной расстройств интеллекта или наличием психотических расстройств в период совершения общественно опасных действий.

При возникновении сифилиса мозга после совершения правонарушения в случаях быстрого нарастания психического дефекта, несмотря на интенсивное противосифилитическое лечение, возникает вопрос о невозможности лица предстать перед следствием и судом, а осуждённому — отбывать наказание.

Больные спинной сухоткой в большинстве случаев признаются вменяемыми в связи с отсутствием у них значительных нарушений психики.

Судебно-психиатрическая оценка нелеченых случаев прогрессирующего паралича не вызывает трудностей, особенно, когда больной находится в стадии расцвета болезни. Установление диагноза прогрессирующего паралича в таких случаях определяет заключение о невменяемости.

Даже выявление начальной стадии прогрессирующего паралича ведёт к признанию испытуемого невменяемым, поскольку уже этой стадии болезни свойственны нарушения критики и другие существенные психические нарушения: расстройства внимания, расстройство влечений и др.

Лица с практическим выздоровлением после терапии, с восстановлением трудоспособности, санацией спинномозговой жидкости признаются вменяемыми. При вынесении решения о вменяемости должна также приниматься во внимание действительность наблюдаемого практического выздоровления, которая в этих случаях должна быть равна 4-5 годам.

Ухудшения состояния больных, в виде декомпенсации или психогенной реакции, нередко возникающих у леченых больных под влиянием психогенно-травмирующей ситуации, являются показанием для направления в психиатрическую больницу, так как эти лица не могут предстать перед судом и находиться в местах лишения свободы.

Больные с нелеченым прогрессирующим параличом признаются недееспособными даже в начальной стадии болезни. Вопрос о дееспособности решается положительно при глубокой терапевтической ремиссии с восстановлением трудоспособности, хорошей социальной компенсацией. При восстановлении профессиональных прежних знаний и навыков, но с наличием расстройств критики, неспособностью к правильной оценке ситуации в целом больные признаются недееспособными.

#### **Литература:**

1. Морозов Г.В. Судебная психиатрия. «Юридическая литература». Москва. 1978. С. 210-219.
2. Ли С.П. «Судебная психиатрия» УМК, Минск, изд-во МИУ, 2006. С. 43-44.

### **16. Шизофрения**

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