

**МИНИСТЕРСТВО ВНУТРЕННИХ ДЕЛ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
СИБИРСКИЙ ЮРИДИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ**

УТВЕРЖДАЮ

Начальник кафедры
криминалистики,
полковник милиции

_____ В.В. Зырянов

“ ____ ” _____ 2007 г.

**ОРГАНИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ МОЗГА, ИХ СУДЕБНО-
ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА**

Фондовая лекция

(для очной формы обучения по специальности
03.05.01- юриспруденция)

Красноярск 2007

Органические поражения мозга, их судебно-психиатрическая оценка. Фондовая лекция по курсу “Судебная медицина и судебная психиатрия”. - Красноярск. Кафедра криминалистики СИБЮИ МВД России, 2007

В лекции описаны психические расстройства, возникающие при органических поражениях мозга различного генеза. Достаточно подробно разбираются вопросы клиники и отдельные наиболее важные аспекты судебно-психиатрической экспертизы при черепно-мозговых травмах.

Лекцию подготовил доцент кафедры криминалистики СИБЮИ МВД России, кандидат медицинских наук Лисняк М.А.

Лекция предназначена для курсантов очной формы обучения по специальности 03.05.01- юриспруденция.

Рецензенты:

Руководитель Академического психотерапевтического центра при Красноярской государственной медицинской академии, врач высшей категории Молодых В.В.

Заместитель начальника кафедры криминалистики СибЮИ МВД РФ, к.х.н., доцент Е.Б. Мельников.

Фондовая лекция обсуждена и одобрена на заседании кафедры криминалистики

“ _____ ” _____ 2007 г.

Протокол № _____

ПЛАН ЛЕКЦИИ

Введение

1. Травматические поражения головного мозга. Психоорганический синдром.
2. Психические нарушения при инфекционных заболеваниях мозга.
3. Сосудистые заболевания головного мозга, психические нарушения при них.

Заключение.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Волков, В.Н. Судебная психиатрия/В.Н. Волков.- М., 200
2. Георгадзе З.О., Царгасова Э.Б. Судебная психиатрия. – М., 2002.
3. Датий А.В. Судебная медицина и судебная психиатрия. Практикум. – М., 1997.
4. Дмитриев А.С., Клименко Т.В. Судебная психиатрия. – М.,1996.
5. Законодательство Российской Федерации в области психиатрии: Комментарий к Закону РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» / Под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М., 2002.
6. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия. – М., 1995.
7. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. - М., 1997.
8. Психиатрия / под ред В.П. Самохвалова. – Ростов-на-Дону, 2002.
9. Руководство по психиатрии /под ред. А.В. Снежневского - т.1, М., 1983
10. Судебная психиатрия /под ред. проф. Б.В. Шостаковича.- М., 1997.
11. Тёлле, Р. Психиатрия/ Р.Тёлле.- Минск, 1999.

ВВЕДЕНИЕ

Органическими поражениями мозга принято называть нарушения структуры и функционирования клеток центральной нервной системы, вызванные механическими повреждениями тканей, либо сосудистыми изменениями.

Среди органических повреждений мозга наиболее важными для юристов являются травматические повреждения. Травмы головного мозга и их последствия остаются одной из наиболее трудных и нерешенных проблем современной медицины и имеют огромное значение в связи со своей распространенностью и тяжелыми медицинскими и социальными последствиями. Как правило, значительное увеличение числа лиц, перенесших травмы головы, наблюдается в периоды войн и ближайšie к ним годы. Однако и в условиях мирной жизни за счет роста технического уровня развития общества наблюдается достаточно высокий травматизм. По данным Л.Б. Лихтерман (1994) в России ежегодно 1 млн. 200 тыс. человек получают повреждения головного мозга. Эти больные составляют значительную долю лиц, находящихся под диспансерным наблюдением в психоневрологических диспансерах. Среди судебно-психиатрического контингента значительную 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 и закрытые. При закрытых травмах головы целостность костей черепа не нарушается, при открытых они оказываются поврежденными.

Открытые черепно-мозговые травмы могут быть проникающими и непроникающими. При проникающих травмах имеются повреждения вещества мозга и мозговых оболочек, при непроникающих – головной мозг и оболочки мозга не повреждены.

Исходом черепно-мозговой травмы могут быть смерть пострадавшего или травматическая болезнь. В результате последней пострадавший может выздороветь полностью, либо у него в отдаленном периоде останутся стойкие остаточные явления.

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА. ПСИХООРГАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ.

Черепно-мозговая травма – понятие, охватывающее разнообразные виды и степени механического повреждения костей черепа, мозга, его оболочек и сосудов.

Как указывалось ранее, черепно-мозговые травмы (ЧМТ) делятся на закрытые и открытые. Закрытые травмы в практике встречаются гораздо чаще, у пострадавшего гораздо больше шансов остаться в живых, чем при открытой ЧМТ.

Клиника травматического повреждения мозга определяется не только видом ЧМТ, но и рядом других факторов:

- тяжестью травмы;
- локализацией травмы;
- кровопотерей и ее количеством;
- присоединением раневой инфекции;
- возрастом пострадавшего.

Все перечисленные факторы обуславливают необычайное разнообразие нервно-психических расстройств. Независимо от вида ЧМТ обладают общими закономерностями: нарушения максимальны в начальном периоде травмы, а в последующем (если больной не умирает в первые часы и нет осложнений) происходит их уменьшение, наступает выздоровление или формируются стойкие остаточные явления.

В результате травмы может произойти кровоизлияние либо под какую-нибудь оболочку мозга, либо, что бывает реже, внутри ткани мозга. Основным последствием кровоизлияния является компрессия. О наличии последней узнают спустя несколько часов (дней) после ушиба, к этому времени симптомы начального периода уже исчезают или состояние вновь ухудшается:

- интенсивные головные боли, развиваются по нарастающей, локализуются в определенной части головы;
- рвота;

- стойкое покраснение лица;
- пострадавший начинает зевать;
- озноб (без других признаков лихорадки);
- общая заторможенность, переходящая в кому.

Вне зависимости от типа ЧМТ выделяют 4 этапа развития травматических расстройств:

1. начальный;
2. острый;
3. реконвалесценции (выздоровления);
4. отдаленных последствий.

Начальный период

Этот период возникает непосредственно после получения ЧМТ и характеризуется следующими признаками.

1. **Потеря сознания.** В зависимости от тяжести поражения эта стадия имеет различную *длительность* от нескольких минут, часов до нескольких недель, и различную *глубину* нарушенного сознания (оглушенность, сопор, кома).

При **оглушенности** пострадавшие вялые, заторможенные, сонливы, односложно отвечают на вопросы, плохо ориентируются в окружающей обстановке.

Сопор – это угнетение сознания, при котором, однако, пострадавшие могут реагировать на энергичные внешние раздражители (открывать глаза, односложно отвечать на вопросы, отстраняться от раздражителя), после чего снова возвращаются к прежнему состоянию. При сопоре глотание не нарушено, рефлексы сохранены, пострадавший самостоятельно меняет положение тела в постели.

При **коме** наблюдается утрата сознания, угнетение рефлексов, отсутствие активных движений и реакции на внешние раздражители, вегетативные нарушения (расширение зрачков, гипотермия).

2. Нарушения памяти.

- а) Ретроградная амнезия - не могут сообщить об обстоятельствах, предшествовавших травме.
- б) Антероградная амнезия – в последствии, после выписки из больницы, не помнит о встрече со следователем и сделанных показаниях.
3. **Общемозговые симптомы:** головная боль, головокружение, тошнота, рвота.

Острый период

Продолжительность острого периода закрытой ЧМТ колеблется от 1 дня до 1-2 месяцев и более. Обычно длится от 3 до 8 недель. Сознание восстанавливается, исчезает большинство общемозговых симптомов.

В этом периоде ведущим является астения с ощущениями психической и физической слабости, слезливостью, раздражительностью. Больные фиксированы на своем состоянии, фон настроения снижен. На первый план выходят явления гиперестезии – пострадавшие не переносят громких звуков, яркого света. Остаются отдельные неврологические нарушения: головокружение, нистагм, вегетативные нарушения (колебания артериального давления, нарушения терморегуляции и т.д.).

Течение болезни в этом периоде волнообразное, улучшения сменяются ухудшением состояния, которое обычно наблюдается при психическом напряжении или влиянии психогенных факторов (например, дополнительная психотравма). Во время ухудшения усиливается астеническая симптоматика, иногда наблюдаются судорожные припадки.

В остром периоде могут развиваться психозы. Большая часть из них развивается в первые дни или первые 1,5 недели, реже спустя месяц или более после восстановления сознания. Психозы чаще развиваются при контузиях, чем при сотрясениях. Обычно наблюдаются различные формы помрачения сознания:

- Сумеречное помрачение сознания, возникает неоднократно. Протекает в двух вариантах – с внешне упорядоченным поведением либо агрессией и хаотичным возбуждением.

- Делирий, обычно наблюдается у лиц, злоупотребляющих алкоголем. Чаще всего возникает через несколько (1-2) недель после восстановления сознания, на фоне астении под воздействием дополнительной вредности.
- Онейроид, который протекает с нарушениями «схемы тела», сопровождается благодушно-эйфорическим настроением. Длится 1-2 дня, обычно однократно.

Период реконвалесценции

Период выздоровления продолжается от 1-2 месяцев до 1 года. Постепенно сглаживаются все явления острого периода и у большинства пострадавших наступает полное выздоровление.

Период отдаленных последствий ЧМТ

Отдаленные последствия перенесенной ЧМТ появляются через несколько месяцев или лет после события.

- Травматическая астения: раздражительность и истощаемость, повышенная физическая и психическая утомляемость, обидчивость, тревожность, нерешительность, слабодушие. Кроме жалоб на сниженную трудоспособность, пострадавшие предъявляют жалобы на нарушения сна, непереносимость жары и духоты, ощущение дурноты при езде в транспорте, легкое снижение памяти. У некоторых появляются истероформные реакции с демонстративными рыданиями, заламыванием рук, с преувеличенными жалобами на плохое здоровье и требованиями для себя определенных привилегий.

- Психопатоподобные расстройства (травматическая энцефалопатия с психопатизацией личности). У пострадавшего появляются истерические черты, эсплозивность, агрессивное поведение. При приеме алкоголя вышеуказанные черты обостряются, они становятся социально опасными.

- Травматические психозы, которые могут возникать через 10-15 лет после травмы и длиться 3-4 месяца, затем редуцируются. Протекают в виду двух форм: аффективной и галлюцинаторно-бредовой.

- Циклотимоподобные расстройства протекающие по типу субдепрессий либо гипоманий. Больной предъявляет сверхценные идеи, обычно сутяжническое поведение. Аффективные нарушения толкают многих больных к алкоголизации. На высоте аффективных психозов нередко помрачение сознания.

- Галлюцинаторно-бредовые психозы возникают при тяжелых травмах и травмах средней тяжести. Для их развития необходима провокация экзогенной вредностью. Обычно они начинаются с сумеречного или делириозного помрачения сознания. Галлюциноз преобладает над бредом. Встречаются элементы синдрома Кандинского-Клерамбо, что затрудняет диагностику, требует дифференциации с шизофреническим психозом.

- Паранойяльные психозы возникают чаще всего приблизительно через 10 лет после травмы. У мужчин они проявляются сверхценными идеями и бредом ревности, у женщин ограничивается сутяжничеством.

- Травматическое слабоумие в структуре расстройств отдаленного периода занимает приблизительно 3-5%. Возникает обычно после открытых ЧМТ и тяжелых контузий с переломами оснований черепа. При травматическом слабоумии наблюдаются кроме интеллектуально-мнестических расстройств, вялость, апатичность, адинамичность, слабодушие, эйфория, вспышки раздражения и гнева. При тяжелых ЧМТ в детском возрасте слабоумие носит тотальный характер, отмечается задержка психического развития. Характерно психопатоподобное поведение, проявляющееся в виде грубости, раздражительности, непереносимости критики, побегов из дома, бродяжничества. Такие подростки легко попадают в асоциальные компании, у них быстро формируется синдром зависимости от ПАВ.

- Пароксизмальные расстройства возникают как в течение первого года после травмы, так и в более отдаленный период (через 10-20 лет и позднее). Пароксизмальные расстройства острого и подострого периодов имеют более благоприятное течение и со временем проходят. Эпилептиформные расстройства отдаленного периода ЧМТ имеют менее благоприятный прогноз.

Í àðí êñ è ç ì à è ü ü á ð à ï ï ò ð í è ï ò à à ð à ð à è ò à ð è ç ð ò ï ü í í è è ì í ð ò è ç ì í ì :

1. Большие развернутые припадки;
2. Малые припадки;
3. Судорожные состояния без нарушения сознания;
4. Гипоталамические приступы – учащение сердцебиения, дурнота, резкое побледнение или покраснение кожи, кратковременные судорожные подергивания);
5. Психосенсорные расстройства (нарушения схемы тела);
6. Эпизоды сумеречного помрачения сознания.

Психоорганический синдром

Психоорганический синдром развивается в отдаленном периоде тяжелых ЧМТ. Наблюдается более выраженная неврологическая симптоматика, свидетельствующая о поражении ткани мозга.

Í î ï ò ð à à à à è è á í ð à à ü ü à è ü ð ò æ à è í á ü í à :

- Упорные, распирающие головные боли;
- Головокружения;
- Стойкие нарушения сна;
- Раздражительность;
- Колебания настроения с оттенком гневливости и злобности;
- Непереносимость психических нагрузок, быстрая утомляемость.

Í á ü à è ò è á í î í î æ í î ç à ò è è ï è ð í à à ò ü

- Изменение биоэлектрической активности мозга;
- Повышение внутричерепного давления;
- Снижение памяти на текущие и прошлые события;
- Истощаемость психических процессов, приводящая в итоге к интеллектуально-мнестическому снижению личности

Судебно-психиатрическая оценка лиц, перенесших ЧМТ

Судебно-психиатрическая оценка лиц, перенесших ЧМТ неоднозначна и зависит от стадии заболевания и от клинических проявлений. Особенно сложно оценивать острый период ЧМТ, необходимость в подобной экспертной оценке

возникает при ДТП и в случае преступлений против личности. Эксперты не наблюдают данный период лично и приходится оценивать ретроспективно, по медицинской документации и материалам дела. Кроме этого, рассказ самого пострадавшего из-за ретроантероградной амнезии весьма скуден.

Противоправные действия в остром периоде совершаются при травмах легкой и средней тяжести. У таких больных может быть неглубокое помрачение сознания, меняющееся в своей интенсивности. Их действия могут носить внешне целенаправленный характер, движения и походка координированы. Тем не менее, свидетели отмечают у такого субъекта растерянное выражение лица, отсутствие адекватного речевого контакта, дезориентировку в окружающем. Все это свидетельствует о нарушении сознания в форме оглушения и попадает под понятие «временное расстройство психической деятельности». Таких лиц СПЭК рекомендует суду признавать невменяемыми. Необходимость и характер мер медицинского характера определяются выраженностью остаточных явлений ЧМТ.

При совершении дорожно-транспортного происшествия психическое состояние водителя оценивается с двух позиций:

1. водитель мог иметь ЧМТ в прошлом, в этом случае следует выяснить не было ли у него в момент аварии пароксизмального расстройства. Для экспертного заключения очень важно:

- тщательно собрать медицинскую документацию;
- проанализировать схему движения транспортного средства;
- проанализировать показания пассажиров (если они были);
- установить наличие или отсутствие алкогольного опьянения;
- проанализировать описание виновником своего состояния на момент совершения аварии.

Если будет доказано наличие нарушенного сознания, то эксперты порекомендуют суду признать данное лицо в отношении инкриминируемого деяния невменяемым.

2. ЧМТ водитель может получить во время дорожно-транспортного происшествия. Полученная травма может маскировать предыдущее состояние.

Если ЧМТ получена во время аварии, то независимо от ее тяжести лица рекомендуют признавать виновным в отношении инкриминируемого деяния. Дальнейшая судьба водителя зависит от тяжести ЧМТ.

- Если наступает полное обратное развитие симптомов, или остаются легкие остаточные явления – следствие и судебное разбирательство состоится, так как сохраняется уголовно-процессуальная дееспособность данного лица;
- Если выраженные остаточные явления - эксперты порекомендуют освободить данное лицо от уголовного наказания и применить к нему принудительные меры медицинского характера.

Может проводиться СПЭ потерпевших, получивших ЧМТ в криминальной ситуации. В ходе экспертного исследования выясняется:

1. возможность правильно воспринимать обстоятельства дела и давать о них правильные показания (следует помнить о конфабуляциях);
2. возможность правильно понимать характер и значение совершенных в отношении них противоправных действий;
3. возможность участвовать в судебно-следственных действиях;
4. возможность осуществлять свое право на защиту (процессуальная дееспособность).

Возможна комплексная экспертиза с участием судебных медиков для решения вопроса о степени тяжести вреда здоровью.

Следует помнить, что число лиц с последствиями травматической болезни, которых рекомендуют признавать невменяемыми, сравнительно невелико. Это больные с:

- травматическим слабоумием;
- тяжелыми формами травматической эпилепсии;
- травматическими психозами.

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЗГА.

Когда инфекция затрагивает непосредственно вещество мозга, то заболевание носит название энцефалит. Различают энцефалит:

- первичный (эпидемический и клещевой), вызывается вирусами;
- вторичный как осложнение после кори, краснухи, гриппа, ветряной оспы и т.д.

Эпидемический энцефалит (энцефалит Экономо) – сейчас встречается в виде единичных случаев, последняя эпидемия была зарегистрирована в 1916 г.

Во время острой стадии на фоне лихорадки появляются делириозные расстройства сознания (психомоторное возбуждение, тревога, страх, отрывочный бред, ложные узнавания). Периоды возбуждения сменяются патологической сонливостью, больных невозможно разбудить. Встречаются отдельные судорожные подергивания, нарушения координации движений. Возможен летальный исход.

Если заболевание переходит в хроническую стадию, то в клинике начинают преобладать неврологические нарушения (двоение в глазах, птоз и т.д.), возможен постэнцефалитический паркинсонизм. Психические нарушения наиболее заметны в эмоционально-волевой сфере. Больные становятся пассивными и безучастными к окружающему. Настроение быстро меняется от депрессии к эйфории. В дальнейшем у больных отмечается вязкость мышления, суетливость, лживость, сексуальная расторможенность. У некоторых на первый план выступает прожорливость: они собирают объедки, выпрашивают пищу, могут ее воровать.

Вторичные энцефалиты

На первых этапах наблюдается общемозговая реакция на инфекцию (нарушения сознания, отдельные зрительные галлюцинации, эпилептиформные проявления). Быстро появляются неврологические расстройства: повышение и

асимметрия сухожильных рефлексов, парезы и параличи, менингеальные симптомы, упорные головные боли, снижение зрения и слуха, гиперестезия.

В большинстве случаев, особенно в детском возрасте, в результате лечения наступает стабилизация процесса, а затем и обратное развитие.

Психические расстройства проявляются в задержке психического развития, снижения интеллектуальных функций. У детей имеют место нарушения поведения (конфликты, побеги из дома, дисциплинарные нарушения). Они быстро попадают в асоциальную компанию, злоупотребляют алкоголем, наркотиками. Отмечается повышенная внушаемость и пассивная подчиняемость. С возрастом, по мере взросления, психопатологические проявления сглаживаются.

Судебно-психиатрическая оценка

В основном попадают в поле зрения судебных психиатров лица с остаточными явлениями перенесенных энцефалитов, чаще всего в пубертатном периоде.

Экспертная оценка сложна из-за формальной сохранности интеллектуальных функций с одной стороны, а с другой – из-за наличия у них выраженной психической незрелости и эмоционально-волевых расстройств. В этих случаях показана комплексная психолого-психиатрическая экспертиза.

В силу особенностей клиники психических расстройств отдаленного периода энцефалитов (сексуальная расторможенность, повышенная внушаемость, подчиняемость) больные часто становятся жертвами преступлений. Например, при знакомстве со случайными людьми больные (особенно девушки) могут умышленно завышать свой возраст, демонстрировать свою сексуальную осведомленность. Если учесть, что подобные девушки обычно злоупотребляют косметикой и стараются носить откровенно открытую одежду, то они легко становятся жертвами сексуального насилия.

Во время следствия они могут давать противоречивые показания, то настаивают на факте насилия, то категорически отрицают его. При судебно-

психиатрической экспертизе у них обнаруживаются признаки психической незрелости, неполное понимание характера и значения совершенных в отношении них противоправных действий.

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ СИФИЛИТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ МОЗГА

Психические нарушения при сифилитическом поражении мозга вызваны проникновением бледной трепонемы в ЦНС, обычно это происходит через 3-4 года от момента внедрения возбудителя в организм.

На первый план выступают неврологические нарушения, они на 70-80% определяют клиническую картину заболевания. Диагноз подтверждается обнаружением инфекции в крови и ликворе.

Í à ðàí í è õ ÿ ò à í à õ: нарушения сна, раздражительность, истощаемость, легкое ослабление памяти, снижение фона настроения. У больных еще сохраняются критические способности.

Í à í î ç ä í è õ ÿ ò à í à õ: упорные головные боли, оглушение, тревожное возбуждение, снижение памяти и интеллекта, нарастание психоорганических расстройств. Иногда наблюдаются эпизоды галлюцинаторно-параноидных проявлений.

Прогрессивный паралич

Прогрессивный паралич – это сифилитический менингоэнцефалит, протекающий с признаками быстро прогрессирующего тотального распада психической деятельности, различными психотическими состояниями, а также типичными для сифилиса серологическими изменениями в крови и спинно-мозговой жидкости, определенными соматоневрологическими нарушениями.

Имеет длительный инкубационный период порядка 10-15 лет (иногда 20 лет) с момента заражения организма сифилисом. Если больной не получает лечения, то через 2-5 лет наступает маразм в результате глубокого изменения тканей мозга и возможен летальный исход.

Í à : à è ü ü à ÿ ñ ò à ä è ÿ: неврастенические проявления сочетаются с признаками органического снижения личности – больные становятся

бестактными, утрачивают чувство стыда и другие тонкие эмоции, снижается критика к себе и своему поведению. Фон настроения приподнят, эмоционально подвижны, легковесны в суждениях. Обнаруживается интеллектуальная несостоятельность, например, они совершают ошибки в простейших расчетах, не понимают смысл прочитанного текста. Наблюдаются расстройства влечений, повышенная внушаемость.

Νοσῆς δακιδιόσιε εἰδοεῖν. деменция, болезненно повышенное настроение, преимущественно с эйфорическим оттенком. Ряд больных высказывает бредовые идеи величия, нелепые по содержанию и резко противоречащие реальному положению больного. Наблюдается психомоторное возбуждение, бестолковость, назойливость.

Ἐπιῖαι ἰαῦ νοσῆς: маразм, нарастает соматическое неблагополучие, от которого вполне может наступить летальный исход.

СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА, ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ НИХ

Сосудистые заболевания головного мозга со свойственными им разнообразными нервно-психическими нарушениями являются обычно одним из проявлений общих сосудистых заболеваний, из которых наиболее распространены атеросклероз, гипертоническая болезнь, гипотоническая болезнь.

Психические нарушения сосудистого происхождения неоднородны как по клинической картине, так и по типу течения. Обычно выделяют:

1. нарушения непсихотического уровня в виде астенической, неврозоподобной, дисфорической и другой симптоматики и личностных изменений;
2. сосудистые психозы, протекающие с помрачением сознания, галлюцинаторно-бредовыми синдромами и аффективными расстройствами;

3. сосудистая деменция.

Психические нарушения при атеросклерозе мозговых артерий

Атеросклероз – самостоятельное общее заболевание с хроническим течением. Церебральный атеросклероз сопровождается рядом нервно-психических изменений и при неблагоприятном течении может привести к выраженному слабоумию или даже смерти.

Клиническая картина церебрального атеросклероза различна в зависимости от периода заболевания, выраженности его, характера течения и т.д. Довольно часто заболевание дебютирует невротоподобной симптоматикой: раздражительность, повышенная утомляемость, снижение работоспособности, особенно умственной, рассеянность, снижение внимания. Характерной особенностью начального церебросклероза является также усиление, даже гротескное преувеличение, прежних черт личности: ранее недоверчивые становятся откровенно подозрительными, беспечные – еще более легкомысленными, экономные – скупыми. По мере развития заболевания все более отчетливо выявляются нарушения памяти и снижение работоспособности.

Больные забывают, что им нужно сделать, не помнят, куда они положили ту или иную вещь, с большим трудом запоминают новое. Ослабевает память на текущие события, прошлое они могут помнить достаточно хорошо.

По мере прогрессирования болезни меняется мышление больных: оно теряет прежнюю гибкость и подвижность. Появляются чрезмерная обстоятельность, заострение на каких-то деталях, многословие. Больные с трудом выделяют главное, сложно переключаются с одной темы на другую.

Характерной чертой является выраженная эмоциональная лабильность (слабодушие). Больные становятся слезливыми, плачут при малейшем огорчении или радости, легко переходят от слез к улыбке и наоборот. Типична также склонность к реакциям раздражения, постепенно усиливающаяся вплоть до резких гневливых вспышек по самым незначительным поводам. Больные

делаются все более трудными в общении с окружающими, у них развиваются эгоизм, нетерпеливость и требовательность, появляется чрезмерная обидчивость.

Выраженность нарушений мышления и памяти, эмоциональная несдержанность и особенности поведения говорят о том, что наступает атеросклеротическая деменция.

Церебральный атеросклероз может быть причиной эпилепсии, возникающей в пожилом возрасте. В ряде случаев появляется депрессия, часто с ипохондрическими включениями. Иногда (в основном ночью) остро возникают состояния измененного сознания с бредом, слуховыми и зрительными галлюцинациями. Эти состояния могут длиться несколько часов, реже – дней.

У больных церебральным атеросклерозом могут возникать галлюцинозы, обычно слуховые, типичны хронические бредовые состояния (бред ревности, отношения, преследования и другие по содержанию виды бреда).

Характерным симптомом выраженного атеросклероза является инсульт. Инсульту могут предшествовать продромальные явления – головокружения, шум в голове, приливы крови к голове, потемнение или мелькание мушек в глазах, парестезии. Собственно инсульт сопровождается глубоким помрачением сознания, чаще всего комой. Если поражения захватывают жизненно важные центры, то возможен летальный исход. В более благоприятных ситуациях, человек выходит из комы через сопор и оглушение. В период постепенного выхода из комы отмечается дезориентировка и спутанность, возможны речевое и двигательное возбуждение, беспокойство, тревоги, страхи. Иногда развиваются судорожные состояния. Последствиями инсульта являются не только характерные неврологические нарушения (например, паралич, афазия), но и выраженные психические нарушения в виде постапоплексического слабоумия, носящего обычно лакунарный характер.

Психические нарушения при гипертонической болезни

Для гипертонической болезни характерны церебральные расстройства по типу нарушений мозгового кровообращения от легких гипертонических кризов до инсультов.

Помимо неврологических нарушений, для гипертонической болезни характерны и разнообразные психические нарушения. Описаны гипертонические психозы, очень часто наблюдаются другие психопатологические проявления, причем на любой стадии болезни. Вместе с тем имеется определенная связь между характером психических нарушений и стадий болезни. Так, неврозоподобная симптоматика более характерна для начальной стадии гипертонической болезни, а развитие слабоумия наблюдается чаще всего на 3 (конечной) стадии. По мнению Е.С. Авербуха, при гипертонической болезни наиболее типичны следующие нарушения:

1. Неврозоподобная и психопатоподобная симптоматика. Она заключается в жалобах на раздражительность, головные боли, плохой сон, повышенную утомляемость, рассеянность, мнительность. Больные становятся слабодушными и плаксивыми, очень обидчивыми. Характерны различные навязчивости, особенно страхи. Идет заострение характерологических особенностей.
2. Тревожно-депрессивные и тревожно-бредовые синдромы. Наиболее часто наблюдается ипохондрический бред, бред осуждения, отношения и преследования, могут возникать идеи ревности и самообвинения.
3. Состояния помрачения сознания. Наряду с различными степенями оглушения у больных развивается сумеречное состояние сознания, возможен онейроид и делирий.
4. Состояния слабоумия. Нарушения памяти от незначительных до грубых мнестических расстройств. Может развиваться органический психосиндром, иногда наблюдается типичный синдром Корсакова. Деменция может развиваться как последствия инсультов, так и самостоятельно.

Судебно-психиатрическая оценка сосудистых психозов

Определение вменяемости или невменяемости зависит от психического состояния больных с сосудистой патологией, от степени их психических нарушений. При выраженной патологии, например, глубоком слабоумии эксперты рекомендуют признавать этих лиц невменяемыми. Аналогичную рекомендацию выдают при наличии в структуре расстройств галлюцинаций, бреда, нарушений сознания.

Определение степени нарушения интеллектуально-мнестических функций желательно проводить с помощью патопсихологических методик, чтобы составить объективное представление о глубине и структуре нарушений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Органические поражения головного мозга достаточно разнообразны и, к сожалению, широко распространены среди населения. Вполне логично ожидать, что часть граждан, совершивших преступление, окажется как раз из числа таких больных. Поэтому работникам правоохранительных органов следует более внимательно наблюдать за подозреваемым и обвиняемым на всех этапах предварительного расследования с целью своевременного выявления подобных нарушений и назначения судебно-психиатрической экспертизы.