ФГОУ ВПО

"Московская Государственная Академия Водного Транспорта"

Омское представительство

Заочное обучение

КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА

По дисциплине: «Судебная психиатрия»

на тему:

**«Маниакально-депрессивный психоз: судебно-психиатрическая оценка»**

Выполнила студентка:

Факультет: Юридический

Курс: 3 группа: Юр № 31

Никифорова Екатерина Сергеевна

ОМСК-2009 г.

**Содержание**

Введение

1. Основные положения

2. Причины психических заболеваний

3. Симптомы психических болезней

4. Течение заболевания и прогноз

5. Лечение и профилактика

Заключение

Список литературы

**Введение**

Маниакально-депрессивный психоз (циркулярный психоз, циклофрения) проявляется в типичных случаях периодически возникающими маниакальными и депрессивными фазами. Приступы заболевания обычно разделены периодами полного психического здоровья (интермиссии). Женщины составляют 70% всех больных маниакально-депрессивным психозом.

Несмотря на длительные исследования, причина данного психоза остается до сих пор недостаточно ясной, однако в 80% случаев выявляется наследственная отягощенность данными, а также другими психическими заболеваниями.

Еще в давние времена, люди замечали, что душевные расстройства, очень часто могут начинаться, без видимых причин, и могут превращаться - и после того как прекращается период, человек остается практически здоровым, его личностные изменения не очень выражены. Чаще всего эти наблюдения касались людей, у которых время от времени возникали депрессивные состояния - меланхолические состояния, и маниакальные состояния, которые могут сочетаться с бредом, возбуждением, с расстройством сознания. Но самое главное эти больные выздоравливают. И выздоравливают не смотря на то, что их лечат. Зачастую приходится поправлять докторов - ваш больной выздоровел не в результате лечения, а в ходе лечения - лечение шло само собой, а выздоровление само собой. Временами больные выздоравливают вопреки лечению - лечение может быть неадекватно состоянию, когда больному организму приходится справляться не только с болезнью, но и с лечением. Длительное время выделяли в классификациях такие болезни как периодическая меланхолия, периодическая мания. Очень долгое время психиатры смотрели больных не в длиннике, а в поперечнике (разрезе). Именно Э. Крепеллин стал наблюдать течение болезни. Когда изучаешь болезнь в процессе то замечаешь, что бывают депрессивные расстройства, которые могут чередоваться с маниакальными. Крепеллин объединил эти состояния, и дал название маниакально-депрессивный психоз (1889). С тех пор понятие маниакально-депрессивного психоза прочно вошло в практику психиатрии.

Цель исследования заключается в том, чтобы на основе изучения научных и медицинских источников, анализа медицинской и психиатрической практики разработать теоретическое обоснование маниакально-депрессивного психоза, а также провести анализ данного заболевания.

Задачами данной работы является, во-первых, рассмотрение теоретико-правовых, а также судебно-психиатрических аспектов маниакально-депрессивного психоза, во-вторых, дать анализ тактических основ маниакально-депрессивного психоза.

Объектом исследования выступает система общественных отношений в области маниакально-депрессивного психоза.

Предметом исследования является совокупность судебно-медицинских и иных мер регулирования маниакально-депрессивного психоза, практика реализации; взаимосвязанные с ними теоретические мнения, концепции и взгляды, вопросы и существующие проблемы судебно-медицинского характера.

Методологическую основу исследования составили: диалектико-материалистический метод познания, фундаментальные положения судебной медицины, уголовного права, криминалистики и т.д.

**1. Основные положения**

Маниакально-депрессивный психоз (циркулярный психоз, циклофрения) проявляется в типичных случаях периодически возникающими маниакальными и депрессивными фазами. Приступы заболевания обычно разделены периодами полного психического здоровья (интермиссии). Женщины составляют 70% всех больных маниакально-депрессивным психозом.

Несмотря на длительные исследования, причина данного психоза остается до сих пор недостаточно ясной, однако в 80% случаев выявляется наследственная отягощенность данными, а также другими психическими заболеваниями.

Маниакальная фаза проявляется тремя основными клиническими признаками: повышенным, радостным настроением, ускорением интеллектуальных процессов, речевым и двигательным возбуждением. Эти симптомы в типичных случаях определяют состояние больного в течение всей маниакальной фазы. Все окружающее рисуется больному в привлекательных красках, внимание не задерживается подолгу на неприятных событиях, имеющих даже непосредственное отношение к больному. Больные не считаются с настроением окружающих и поэтому нередко становятся бестактными, назойливыми, повышенное настроение и снижение критики сопровождаются переоценкой собственной личности. Может появиться улучшение памяти на прошлое, сопровождающееся нарушением запоминания. В таком состоянии больные нередко дают необоснованные и невыполнимые обещания, совершают хищения, растраты для удовлетворения возникающих многочисленных желаний. Маниакальное состояние сопровождается также расторможением и усилением влечений (пищевое, сексуальное).

По выраженности маниакального синдрома различают: легкое (гипоманиакальное) состояние, выраженное маниакальное состояние и резкое маниакальное возбуждение (неистовство), при котором может развиться состояние спутанности, сопровождающееся агрессивными, разрушительными действиями, направленными на все окружающее.

Депрессивная (меланхолическая) фаза как бы противоположна маниакальной фазе по клиническим проявлениям: она характеризуется пониженным, тоскливым настроением, замедленностью интеллектуальных процессов и психомоторной заторможенностью. Для депрессивной фазы характерны бредовые идеи самообвинения, самоуничижения, греховности, содержание которых может определяться сверхценным отношением к незначительным проступкам в прошлом. Больные нередко совершают попытки самоубийства, которые для окружающих тем более неожиданны, чем менее выражено клинически депрессивное состояние больного и чем более тщательно диссимулируются суицидальные мысли и намерения.

Возможно также так называемое расширенное самоубийство - убийство членов своей семьи, а затем самоубийство. Больные совершают подобные поступки, чтобы «избавить всех от предстоящих мучений или позора», в неотвратимости которых они испытывают непоколебимую болезненную уверенность. Психомоторная заторможенность может иногда неожиданно прерываться меланхолическим неистовством, которое проявляется в резком возбуждении со стремлением нанести себе повреждения: больные пытаются выброситься из окна, бьются головой о стену, царапают и кусают себя.

Смешанные состояния часто встречаются в клинике маниакально-депрессивного психоза. Они характеризуются определенным сочетанием у одного больного маниакальных и депрессивных черт и возникают чаще при переходе одной фазы в другую. В зависимости от сочетания компонентов различных фаз выделяют заторможенную, непродуктивную манию, маниакальный ступор и т.д.

Циклотимия является легкой, смягченной формой маниакально-депрессивного психоза и встречается чаще, чем выраженные его формы. Симптомы выявлены нерезко, что затрудняет своевременное распознавание заболевания.

**2. Причины психических заболеваний**

ПСИХИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ, или расстройства психической деятельности человека, какой бы природы они ни были, всегда обусловлены нарушениями работы головного мозга. Но не всякое нарушение приводит к психическим заболеваниям. Известно, например, что при некоторых нервных заболеваниях, несмотря на то, что повреждающий процесс локализуется в головном мозге, психических расстройств может и не быть.

При психических заболеваниях, в отличие их от заболеваний внутренних органов, преимущественно нарушается адекватное отражение действительности. Так, если человек не узнает привычной обстановки, принимает ее за нечто другое, а окружающих его людей рассматривает, как злоумышленников или врагов, если этот человек наряду с реальным восприятием находится во власти зрительных и слуховых галлюцинаций, если его охватывает без видимой причины страх или состояние безудержного веселья, то налицо искаженное отражение реального мира и соответственно этому неправильное поведение - бегство от мнимых врагов, агрессивное нападение на воображаемых противников, попытки к самоубийству и т. п.

Это примеры выраженного психического заболевания, при котором нарушена способность правильной оценки происходящего вокруг больного и с ним самим. Психические заболевания многообразны по своим формам и степени выраженности. Наряду со случаями, когда психически больной не сознает своей болезни, могут быть другие варианты: критическая самооценка утрачивается лишь частично, или наблюдается двойственное отношение к своему страданию («я болен, но в то же время и здоров»), или при наличии достаточной критики у человека выявляются неправильные, не вытекающие из ситуации формы поведения.

Психические заболевания весьма распространены, число психически больных на всем земном шаре достигает 150 млн., причем в связи с увеличением продолжительности жизни отмечается тенденция к росту этого числа. Причины психических заболеваний разнообразны. Среди них существенную роль играют наследственные факторы. Однако возникновение и развитие психоза в ряде случаев обусловлены сочетанием наследственного предрасположения с неблагоприятными внешними факторами (инфекциями, травмами, интоксикациями, травмирующими психику ситуациями). Внутриутробные повреждения плода в связи с болезнью и травмами матери во время беременности могут быть причиной задержки психического развития ребенка, эпилепсии и других психических болезней[[1]](#footnote-1).

Известно также, что отрицательно влияют на потомство пьянство родителей, зачатие в нетрезвом виде (даже одного из супругов) или употребление алкоголя во время беременности. Причиной психических заболеваний часто служат интоксикации, травмы головы, болезни внутренних органов, инфекции. С интоксикациями, например, связаны хронический алкоголизм и наркомания среди инфекционных заболеваний, вызывающих психозы,- энцефалиты, сифилис мозга, бруцеллез, токсоплазмоз, сыпной тиф, некоторые формы гриппа.

В происхождении неврозов и реактивных психозов основную роль играют психические травмы, которые иногда только провоцируют наследственную предрасположенность к болезни. В происхождении психических заболеваний определенную роль играет комбинация причинных факторов с индивидуальными особенностями человека.

Развитию психического заболевания в этих случаях могут способствовать предшествующие основной болезни травмы мозга, бытовые интоксикации (от алкоголя), некоторые болезни внутренних органов, наследственная отягощенность психическим заболеванием.

Как многообразно действие причинных факторов, так многообразны формы и типы психических заболеваний. Одни из них возникают остро и носят преходящий характер (острые интоксикационные, инфекционные и травматические психозы). Другие же развиваются исподволь и протекают хронически с нарастанием и углублением тяжести нарушения (некоторые формы шизофрении, старческие и сосудистые психозы). Третьи, обнаруживаясь в раннем детстве, не прогрессируют, вызванная ими патология устойчива и в течение жизни больного существенно не изменяется (олигофрения). Ряд психических заболеваний протекает в форме приступов или фаз, оканчивающихся полным выздоровлением (маниакально-депрессивный психоз, некоторые формы шизофрении).

Эти заболевания не однородны по диагнозу и прогнозу; одни из них протекают благоприятно и не приводят к инвалидности, другие - менее благоприятны, но все же при своевременно начатом лечении дают значительный процент полного или частичного выздоровления. Следует предостеречь против представления о психических заболеваниях как явлениях позорных, которых надо стесняться. Именно с этими заблуждениями связаны несчастные случаи с психически больными, а также появление запущенных форм психозов, с трудом поддающихся лечению.

**3. Симптомы психических болезней**

Наиболее частыми симптомами психических 6олезней являются галлюцинации, бред, навязчивые состояния, аффективные расстройства, расстройства сознания, расстройства памяти, слабоумие. Галлюцинации - одна из форм нарушения восприятия окружающего мира. В этих случаях восприятия возникают без реального раздражителя, реального объекта, обладают чувственной яркостью и неотличимы от существующих в действительности предметов. Встречаются зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые и осязательные галлюцинации. Больные в это время действительно видят, слышат, обоняют, а не воображают, не представляют. Бред - ложное суждение(умозаключение), возникающее без соответствующего повода. Оно не поддается разубеждению, несмотря на то что противоречит действительности и всему предшествующему опыту заболевшего. Бред противостоит любому самому вескому доводу, чем отличается от простых ошибок суждения. По содержанию различают: бред величия (богатства, особого происхождения, изобретательства, реформаторства, гениальности, влюбленности), бред преследования(отравления, обвинения, ограбления, ревности); бред самоуничижения(греховности, самообвинения, болезни, разрушения внутренних органов).Навязчивые состояния - непроизвольно и непреодолимо возникающие мысли, представления, воспоминания, сомнения, страхи, влечения, движения, болезненный характер которых осознается, критически оценивается и с которыми субъект постоянно борется. Аффективные расстройства - расстройства, связанные с нарушением настроения. Их разделяют на маниакальные и депрессивные состояния. Для маниакальных состояний характерны повышенное радостное настроение, стремление к деятельности, ускорение темпа мышления, для депрессивных - пониженное, тоскливое настроение, замедление мышления. Расстройства сознания - преходящие кратковременные (часы, дни) нарушения психической деятельности, для которых характерны частичная или полная отрешенность от окружающего, различные степени дезориентировки в месте, времени, окружающих лицах, нарушения мышления с частичной или полной невозможностью правильных суждений, полное или частичное забывание событий, происходящих в период расстроенного сознания. Расстройства памяти выражаются в снижении способности запоминать, сохранять и воспроизводить факты и события. Полное отсутствие памяти называется амнезией. Слабоумие - необратимое обеднение всей психической деятельности, сопровождаемое утратой или снижением полученных в прошлом знаний и навыков. Слабоумие бывает врожденным или возникает в результате перенесенных заболеваний.

ШИЗОФРЕНИЯ - психическая болезнь с тенденцией к хроническому течению. Причина заболевания неизвестна, нередко отмечается наследственная передача.

В зависимости от формы шизофрения наблюдаются различные проявления расстройства психики - бред, галлюцинации, возбуждение, гиподинамия и другие стойкие изменения, прогрессирующие по мере развития болезни. Первые симптомы не вполне специфичны: сходные расстройства могут быть и при других психических болезнях. Однако в последующем наступают стойкие изменения психики или, как их иначе называют, изменения личности. Они-то и характерны для шизофрении. Тем не менее степень их выраженности зависит от формы, этапа (раннего или позднего) течения болезни, темпа ее развития и от того, течет ли болезнь непрерывно или с улучшениями (ремиссиями).

На самых ранних этапах болезни, как правило, еще до возникновения выраженных явлений психоза, эти стойкие и все нарастающие изменения психики выражаются в том, что больные становятся малоразговорчивыми, необщительными, замыкаются в себе; они теряют интерес к своей работе, учебе, к жизни и делам своих близких, друзей. Больные нередко удивляют окружающих тем, что ими овладевает интерес к таким областям знаний и к таким занятиям, к которым они ранее не испытывали никакого влечения(философия, математика, религия, конструирование). Они становятся равнодушными ко многому из того, что раньше их волновало (семейные и служебные дела, болезнь близких), и, напротив, повышенно чувствительными к пустякам. Одни больные при этом перестают уделять внимание своему туалету, становятся неопрятными, вялыми, опускаются; другие напряжены, суетливы, куда-то уходят, что-то делают, о чем-то сосредоточенно думают, не делясь с близкими тем, что их в это время занимает. Нередко на задаваемые им вопросы отвечают длинными путанными рассуждениями, бесплодным мудрствованием, лишенными конкретности[[2]](#footnote-2).

Подобные изменения у одних больных наступают быстро, у других исподволь, незаметно. У одних эти изменения, нарастая, составляют основное в картине болезни, у других вскоре возникают иные симптомы, т. е. развиваются различные формы заболевания.

Учитывая разнообразие проявлений болезни, диагноз шизофрении может поставить только врач-психиатр. Своевременная постановка диагноза необходима для правильного и успешного лечения и создания больному щадящих условий труда и быта. Несмотря на то, что причина болезни неизвестна, она поддается лечению. Современная психиатрия располагает широким выбором лечебных методов (медикаментозных, психотерапевтических, трудотерапевтических), позволяющих воздействовать на шизофрению. Сочетание этих методов с системой мер по восстановлению трудоспособности и способности к активной жизни в коллективе дает возможность добиться длительного отсутствия проявлений болезни.

Больные шизофренией вне обострений сохраняют трудоспособность, могут жить в семье, находясь под регулярным наблюдением психиатра. О состоянии больного, о возможности амбулаторного лечения или о необходимости госпитализации, о сроках пребывания в больнице может судить только врач. Оценка состояния больного как им самим, так и его родственниками часто ошибочна.

Распространены предрассудки в оценке происхождения шизофрении, особенно начавшейся в молодом возрасте. Ее причинами считают половое воздержание и избыточные умственные занятия. Попытки устранить действие этих «причин» чреваты тяжелыми последствиями для больного и его близких. Самолечение, «домашние средства» часто ведут к обострению процесса. При уклонении от лечения несоответствие поведения ситуации, вероятность импульсивных поступков и действий под влиянием галлюцинаторных переживаний или бредовых убеждений учащаются, степень опасности больного для самого себя и окружающих увеличивается.

Необходимы постоянное и регулярное наблюдение специалистов и строгое соблюдение врачебных рекомендаций. Как все психические болезни, шизофрения связана с ограничением выбора профессии. Вопросы выбора и смены специальности, работы должны решаться совместно с психиатром и в интересах больного.

**4. Течение заболевания и прогноз**

Периодичность фаз очень разнообразна, что затрудняет предсказание дальнейшего течения заболевания. Длительность приступов колеблется от нескольких месяцев (один-два) до года и более. Прогноз отдельного приступа благоприятен. Приступ заканчивается выздоровлением без какого-либо психического дефекта.

Клиническое наблюдение. Испытуемый В., 34 лет, обвиняется в хулиганских действиях.

Рос и развивался без особенностей, по характеру с детских лет был веселый, добрый, отзывчивый, но вспыльчивый. Отмечались немотивированные колебания настроения в сторону пониженного. В возрасте 22 лет без видимого внешнего повода в течение нескольких дней был подавленным, тоскливым, стремился к уединению, стал говорить, что плохо справляется с порученной работой, высказывал мысли о самоубийстве. Такое состояние длилось около месяца и сменилось повышенным настроением, когда стал хвастливым, громко смеялся, раздавал соседям свои вещи, делал в магазинах ненужные покупки, посещал рестораны, в которые раньше практически не ходил, стал строить гараж, не имея автомашины. К психиатрам не обращался. Постепенно психическое состояние нормализовалось, настроение выровнялось. Примерно через три года вновь развилось подавленное настроение с заторможенностью. Не было желания ходить на работу, общаться с окружающими. Стал избегать родных и друзей. Был помещен в психиатрическую больницу, где находился 3 месяца, и был выписан с диагнозом: «Маниакально-депрессивный психоз, депрессивная фаза». После выписки продолжал работать. Спустя 3 года настроение стало приподнятым, почувствовал прилив «физических и душевных сил», решил «заработать много денег», уехал в соседнюю область, где устроился на работу в бригаду плотников. Однако уже через несколько дней, ничего не объяснив окружающим, бросил свои вещи и вернулся на место постоянного жительства. Отмечались повышенное настроение, многоречивость. Как видно из материалов уголовного дела, в состоянии алкогольного опьянения зашел к знакомым, стал предъявлять им непонятные претензии, нецензурно бранился, был агрессивен. При задержании работниками милиции был возбужден, громко пел, декламировал стихи.

При судебно-психиатрическом освидетельствовании патологии со стороны внутренних органов и нервной системы не обнаружено. Ориентирован правильно, охотно вступает в беседу. Говорить начинает сразу, без дополнительных вопросов. Многословен, легко отвлекается, перескакивает с одной мысли на другую, размашисто жестикулирует. Больным себя не считает. Жалоб на здоровье не предъявляет. Называет себя человеком настроения. Говорит, что жизнь ему кажется прекрасной, хочется петь, танцевать. В отделении подвижен, многоречив, вмешивается в разговоры и дела окружающих. При расспросах о правонарушении охотно рассказывает о случившемся, читает стихи, в которых в шутливой форме излагает свою жизнь. К сложившейся ситуации некритичен.

Решением судебно-психиатрической экспертной комиссии был признан страдающим хроническим психическим расстройством в форме маниакально-депрессивного психоза. В отношении инкриминируемого ему деяния, совершенного в указанном болезненном состоянии, он был признан невменяемым. Рекомендовалось принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа.

Судебно-психиатрическая оценка. Маниакально-депрессивный психоз часто представляет сложности в плане судебно-психиатрической оценки. Трудности возникают тогда, когда судебно-психиатрическим экспертам приходится определять степень имеющихся у больного аффективных (эмоциональных) расстройств. В случае наличия у больного в период, относящийся к инкриминируемому ему деянию, обострения заболевания с развитием психотического приступа (как депрессивного, так и маниакального) теряется способность адекватно оценивать свое психическое состояние и сложившуюся ситуацию, критически осмысливать суть и последствия своих действий, руководить своим поведением в целом. В состоянии маниакального возбуждения больные могут наносить оскорбления окружающим, совершать в отношении них агрессивные действия, различные нелепые поступки. В связи с повышенной в таких состояниях сексуальной возбудимостью данные лица могут совершать развратные действия и изнасилования. Наряду с этим возможно возникновение перверсий (эксгибиционизм, гомосексуальные тенденции и т.д.), которые были не свойственны больным ранее и которые исчезают вместе с приступом болезни. Общественно опасные деяния, совершенные во время психотического приступа, влекут за собой невменяемость. При менее выраженном маниакальном состоянии (например, при циклотимии) больные могут заключать противозаконные сделки, совершают растраты, нарушают трудовую дисциплину. Они нередко попадают на судебно-психиатрическую экспертизу в качестве потерпевших.

В депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза больные на судебно-психиатрическую экспертизу попадают реже. Обычно их обвиняют в преступной халатности, иногда банальных кражах. Им свойственны попытки самоубийства или расширенного самоубийства. Данные поступки обычно совершаются в состоянии психотической депрессии, когда на фоне подавленного настроения, чувства глубокой тоски, депрессивных бредовых идей самообвинения и самоуничижения возникают суицидальные мысли, бредовые мысли депрессивного содержания (что жизнь зашла в тупик, мир рушится, поэтому близких, особенно детей, необходимо убить, чтобы избавить от мучений). Больные, совершившие общественно опасные деяния в период психотической депрессии, также признаются невменяемыми.

Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза в связи с самоубийством нередко выявляет, что у лиц, совершивших самоубийства без какого-либо внешнего повода, была депрессивная фаза маниакально-депрессивного психоза.

В случаях когда больной к моменту вынесения экспертного решения о невменяемости уже вышел из психотического состояния, а признаки психического заболевания находятся на субклиническом уровне, целесообразно рекомендовать данному лицу назначение принудительного амбулаторного наблюдения и лечения у психиатра. В целях профилактики повторных правонарушений таких больных следует при первых же симптомах новой психотической фазы маниакально-депрессивного психоза помещать в психиатрические стационары на принципах недобровольной госпитализации с последующим решением соответствующих юридических вопросов.

Лица, совершившие правонарушения в «светлом промежутке» (состояние интермиссии), признаются вменяемыми.

В гражданском процессе также нередко приходится решать экспертные вопросы в отношении лиц, страдающих маниакально-депрессивным психозом. Данные лица, находясь в маниакальной или гипоманиакальной фазах, могут совершать имущественные сделки, обмены жилплощади, заключать браки. Если подобные гражданские акты совершены во время психотической фазы, то выносится заключение о том, что больной в силу имеющегося у него психического расстройства не мог понимать значения своих действий и руководить ими в тот период, а заключенные юридические акты считаются недействительными. Большие трудности возникают при экспертизе лиц, страдающих циклотимией (легкой формой маниакально-депрессивного психоза). В этих случаях требуется тщательный анализ объективных данных о состоянии испытуемого во время совершения правонарушения и особенностях течения заболевания в целом. Решение вопроса о вменяемости в этих случаях определяется глубиной наблюдавшихся расстройств психического состояния, которая у одного и того же больного при разных циклотимических фазах может быть различной.

**5. Лечение и профилактика**

Лечение зависит от характера фазы, депрессивной или маниакальной. Депрессию лечат антидепрессантами. Если депрессия с выраженной заторможен ностью, назначают антидепрессанты со стимулирующим эффектом (мелипрамин), если с выраженным чувством тревоги, беспокойства, то препараты с успокаивающим действием (амитриптилин, триптизол). При бессоннице добавляют транквилизаторы. Маниакальное состояние купируют с помощью нейролептиков (аминазин, галоперидол и тд.). Для профилактики последующих приступов используют соли лития, а в последнее время широко применяется для этих целей финлепсин (тегретол) как стабилизатор настроения. В период болезни (за исключением гипомании) больные нетрудоспособны. После выхода из приступа трудоспособность восстанавливается. На инвалидность больных переводят только в тех случаях, когда приступы очень частые или течение болезни приобретает непрерывный характер, т.е. одна фаза сменяет другую.

**Заключение**

Проведённое исследование позволяет сделать следующие выводы.

*Депрессивный синдром.*Классическая депрессивная триада. Психопатологические и вегетативно-соматические признаки депрессии. Депрессии психотические и непсихотические. Показатели тяжести депрессии. Простые и сложные депрессивные синдромы. Депрессивный ступор. Тоскливая депрессия. Апатическая. Тревожная. Ажитированная. Анестетическая. Бредовая. С навязчивостями. Ипохондрическая. Истерическая. Слезливая. Дисфорическая. Ворчливая. Астеническая. Маскированная. Клинические варианты маскированной депрессии. Критерии отграничения маскированной депрессии от соматической патологии. Меланхолический раптус.

*Маниакальный синдром.* Классическая маниакальная триада. Вегетативные нарушения. Веселая мания. Гневливая. Дурашливая. Спутанная. Неистовая. Непродуктивная. Бредовая. Гипомания.

Маниакально-депрессивный психоз (циркулярный психоз, циклофрения) проявляется в типичных случаях периодически возникающими маниакальными и депрессивными фазами. Приступы заболевания обычно разделены периодами полного психического здоровья (интермиссии). Женщины составляют 70% всех больных маниакально-депрессивным психозом. Маниакальная фаза проявляется тремя основными клиническими признаками: повышенным, радостным настроением, ускорением интеллектуальных процессов, речевым и двигательным возбуждением. Эти симптомы в типичных случаях определяют состояние больного в течение всей маниакальной фазы.

По выраженности маниакального синдрома различают: легкое (гипоманиакальное) состояние, выраженное маниакальное состояние и резкое маниакальное возбуждение (неистовство), при котором может развиться состояние спутанности, сопровождающееся агрессивными, разрушительными действиями, направленными на все окружающее. Депрессивная (меланхолическая) фаза как бы противоположна маниакальной фазе по клиническим проявлениям: она характеризуется пониженным, тоскливым настроением, замедленностью интеллектуальных процессов и психомоторной заторможенностью. Тоска может стать «безысходной», сопровождаться субъективными ощущениями безразличия к здоровью и судьбе своих близких, что больные особенно тяжело переживают, терзаясь мыслями о собственной черствости, бездушии. Для депрессивной фазы характерны бредовые идеи самообвинения, самоуничижения, греховности, содержание которых может определяться сверхценным отношением к незначительным проступкам в прошлом.

Смешанные состояния часто встречаются в клинике маниакально-депрессивного психоза. Они характеризуются определенным сочетанием у одного больного маниакальных и депрессивных черт и возникают чаще при переходе одной фазы в другую. В зависимости от сочетания компонентов различных фаз выделяют заторможенную, непродуктивную манию, маниакальный ступор и т.д. Циклотимия является легкой, смягченной формой маниакально-депрессивного психоза и встречается чаще, чем выраженные его формы. Периодичность фаз очень разнообразна, что затрудняет предсказание дальнейшего течения заболевания. Длительность приступов колеблется от нескольких месяцев (один-два) до года и более. Прогноз отдельного приступа благоприятен. Приступ заканчивается выздоровлением без какого-либо психического дефекта.

**Список литературы**

1. Буромский И.В., Гедыгушев И.А., Крюков В.Н., Качина Н.Н. Судебная медицина, изд. Норма,2008 г.
2. Волков В.Н., Датий А.В. Судебная медицина: Под ред. проф. А.Ф. Волынского. - М.: ЮНИТИ-ДАНА, Закон и право, 2000г.
3. Дмитриевой Т. Б., Шостаковича Б. В., Ткаченко А. А., Руководство по судебной психиатрии, 2004 г.
4. Колоколов Г.Р. Судебная психиатрия, 2007 г.

5. Пашинян Г.А. / Судебная медицина: М.: ИМЦ ГУК МВД России, 2002.

6. Шостакович Б.В. Клинические варианты расстройств личности. Руководство по пограничной психиатрии. М. Медицина. 2000.

1. Колоколов Г.Р. Судебная психиатрия, 2007 г. [↑](#footnote-ref-1)
2. Буромский И.В., Гедыгушев И.А., Крюков В.Н., Качина Н.Н. Судебная медицина [↑](#footnote-ref-2)