**КУРС ЛЕКЦИЙ ПО СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ**

**Автор:** Колоколов Георгий Рюрикович — доцент кафедры правовой психологии и судебной экспертизы, кандидат медицинских наук

**Содержание**

Раздел 1. Общие вопросы судебной психиатрии

1. Понятие и предмет судебной психиатрии

2. Процессуальные и организационные основы судебно-психиатрической экспертизы

2.1 Понятие и процессуальные основы судебно-психиатрической экспертизы

2.2 Обязательное назначение судебно-психиатрической экспертизы

2.3 Основания для назначения СПЭ

2.4 Права и обязанности эксперта

2.5 Виды судебно-психиатрической экспертизы

2.6 Заключение эксперта и его оценка

2.7 Общая структура организации судебно-психиатрической службы

2.8 Основные вопросы, разрешаемые СПЭ

3. Судебно-психиатрическая экспертиза обвиняемых, свидетелей, потерпевших и осужденных. Принудительные меры медицинского характера

3.1 Судебно-психиатрическая экспертиза обвиняемых

3.1.1 Понятия вины, вменяемости и невменяемости

3.1.2 Юридический (психологический) критерий невменяемости

3.1.3 Медицинский (биологический) критерий невменяемости

3.1.4 СПЭ лиц, совершивших правонарушение в состоянии опьянения

3.1.5 СПЭ лиц с психическими расстройствами, не исключающими вменяемость

3.1.6 СПЭ лиц с психическими расстройствами, возникшими после совершения правонарушения

3.2 Судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей и потерпевших

3.3 Судебно-психиатрическая экспертиза осужденных

3.4 Принудительные меры медицинского характера

4. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе

4.1 Понятие недееспособности. Критерии недееспособности

4.2 Отличие понятий недееспособности и невменяемости

4.3 СПЭ по различным категориям дел в гражданском процессе

5. Правовые основы оказания психиатрической помощи в РФ

5.1 Правовые основания оказания психиатрической помощи

5.2 Права лиц, страдающих психическими расстройствами

5.3 Особые права и обязанности пациентов, находящихся в психиатрических стационарах

Раздел II. Общая психопатология

6. Понятие о психическом заболевании

6.1 Понятие, этиология и патогенез психических заболеваний

6.2 Частота возникновения, классификация, течение, прогноз и исход психических заболеваний

6.3 Понятие о симптомах и синдромах психических заболеваний

7. Рецепторные расстройства, нарушения ориентировки, восприятия, памяти у психически больных

7.1 Рецепторные расстройства. Расстройства ориентировки

7.2 Расстройства восприятия

7.3 Расстройства памяти

8. Расстройства интеллекта и мышления

8.1 Понятие и виды нарушения интеллекта

8.2 Понятие и виды расстройств мышления

8.2.1 Понятие мышления

8.2.2 Основные формы расстройств мышления

8.2.3 Бредовые идеи

8.2.4 Навязчивые и сверхценные идеи

9. Расстройства эмоций

9.1 Понятие эмоций

9.2 Основные виды расстройств эмоций

9.3 СПЭ аффекта

10. Расстройства инстинктов

10.1 Понятие инстинкта

10.2 Основные виды расстройств инстинктов

10.3 Парафилии

11. Расстройства волевой деятельности и сознания

11.1 Понятие волевой деятельности

11.2 Основные виды расстройств волевой деятельности

11.3 Понятие сознания

11.4 Основные формы нарушения сознания

Раздел III. Частная психиатрия

12. Шизофрения

12.1 Распространенность, течение, прогноз и исход шизофрении

12.2 Клиника шизофрении

12.3 Основные клинические формы шизофрении

12.4 Судебно-психиатрическое значение шизофрении

13. Маниакально-депрессивный психоз (МДП)

13.1 Распространенность, течение, прогноз и исход МДП

13.2 Клинические проявления маниакальной фазы МДП

13.3 Клинические проявления депрессивной фазы МДП

13.4 Судебно-психиатрическое значение МДП

14. Эпилепсия

14.1 Распространенность, течение, прогноз и исход эпилепсии

14.2 Клинические проявления эпилепсии

14.2.1 Эпилептические припадки

14.2.2 Психические эквиваленты припадка

14.2.3 Эпилептический характер и эпилептическое слабоумие

14.3 Судебно-психиатрическое значение эпилепсии

15. Психические расстройства при травмах мозга

15.1 Острые травматические психические расстройства

15.2 Отдаленные травматические психические расстройства

15.3 Судебно-психиатрическое значение травматических психических расстройств

16. Психические расстройства при инфекционных поражениях мозга

16.1 Энцефалиты

16.2 Сифилитическое поражение мозга

17. Инволюционные психические расстройства

17.1 Понятие инволюционных психических расстройств

17.2 Неврозоподобные нарушения

17.3 Выраженные психические нарушения

17.4 Судебно-психиатрическое значение инволюционных психических расстройств

18. Психические расстройства вследствие приема алкоголя и наркотических веществ

18.1 Понятие, распространенность и классификация наркоманий

18.2 Нарушения психических функций вследствие приема алкоголя

18.2.1 Острая алкогольная интоксикация

18.2.2 Патологическое опьянение

18.2.3 Хронический алкоголизм

18.2.4 Алкогольные психозы

18.3 Нарушения психических функций при воздействии наркотических веществ различных групп

18.3.1 Нарушения психических функций при наркомании

18.3.2 Действие каннабиноидов (препаратов конопли)

18.3.3 Действие опиоидов

18.3.4 Действие седативно-снотворных веществ

18.3.5 Действие стимулирующих средств

18.3.6 Эфедроновая наркомания

18.3.7 Действие галлюциногенов

18.3.8 Действие летучих растворителей

18.3.9 Действие корректоров психофармакотерапии (циклодол, паркопан и аналоги). Полинаркомании

18.4 Судебно-психиатрическая экспертиза наркоманий

19. Олигофрении

19.1 Понятие и классификация олигофрений

19.2 Психические расстройства при олигофрениях

19.3 Судебно-психиатрическое значение олигофрений

20. Психопатии

20.1 Понятие и классификация психопатий

20.2 Возбудимая психопатия

20.3 Истерическая психопатия

20.4 Паранойяльная психопатия

20.5 Неустойчивая психопатия

20.6 Астеническая и психастеническая психопатия

20.7 Сексуальная психопатия

20.8 Судебно-психиатрическое значение психопатий

21. Временные психические расстройства

21.1 Понятие временных психических расстройств

21.2 Исключительные состояния

21.3 Реактивные состояния

**Раздел 1. Общие вопросы судебной психиатрии**

**1. Понятие и предмет судебной психиатрии**

**Психиатрия** — медицинская наука, которая изучает клинические проявления, диагностику, лечение и прогноз психических расстройств, разрабатывает вопросы восстановления в жизни больных с нарушениями психики. Понятие ***"психические болезни"*** не исчерпывается психозами.

К психическим болезням в широком понимании, помимо психозов, относятся и более легкие расстройства психики, не сопровождающиеся выраженным нарушением отражения реального мира и существенным изменением поведения. Они включают неврозы, психопатии, умственное недоразвитие и не достигающие степени психоза психические нарушения различного генеза. Психиатрия подразделяется на ***общую психиатрию*** (общую психопатологию), исследующую основные, свойственные многим психическим болезням закономерности проявления и развития патологии психической деятельности, общие вопросы этиологии и патогенеза, природу психопатологических процессов, их причины, принципы классификации, проблемы восстановления, методы исследования, и ***частную психиатрию***, исследующую соответствующие вопросы при отдельных психических заболеваниях. В процессе развития психиатрии выделились и сложились отдельные ее отрасли: детская психиатрия, гериатрическая психиатрия (психиатрия позднего возраста), биологическая психиатрия, социальная психиатрия, военная и судебная психиатрия, а также психофармакология.

***Основным методом*** обследования психически больных остается ***клинический***с четким и обоснованным психопатологическим анализом состояния обследуемого. Клиническое наблюдение дополняется данными лабораторных методов.

**Судебная психиатрия** — самостоятельный раздел медицинской науки — психиатрии, изучающий психические расстройства в их специальном отношении к уголовному и гражданскому праву. Судебная психиатрия призвана содействовать правоохранительным органам в их деятельности, поскольку, по закону общественно опасные деяния, совершенные психически больными в состоянии невменяемости, не считаются преступлениями, а лица, их совершившие, не могут считаться преступниками. Основной целью судебной психиатрии является помощь следствию и суду в ответе на вопрос — кто совершил правонарушение, преступник или психически больной человек. Предметом судебной психиатрии является состояние психического здоровья участников уголовного или гражданского процессов, их психические нарушения и психическая деятельность во время совершения деликта, при проведении экспертизы.

***Основные задачи судебной психиатрии*:**

1) решение вопроса о вменяемости-невменяемости лиц, привлекаемых к уголовной ответственности и вызывающих сомнения в их психическом здоровье;

2) решение вопроса о дееспособности-недееспособности психически больных лиц в гражданском процессе;

3) определение процессуальной дееспособности и психического состояния участников уголовного и гражданского процессов;

4) профилактика правонарушений, в том числе путем рекомендации по назначению и выбору конкретных принудительных мер медицинского характера в отношении психически больных лиц, совершивших правонарушение;

5) разработка предложений по совершенствованию законодательства, касающегося психически больных лиц;

6) проведение психопрофилактических мероприятий в отношении осужденных, имеющих нарушения психики;

7) разработка критериев экспертной оценки отдельных психических заболеваний.

Началом развития психиатрической помощи в России считают XI в., когда вместе с основанием Киево-Печерского монастыря было выстроено первое больничное учреждение, оказывающее помощь психически больным. В 1677 г. появляется первый в России закон о психически больных, лишающий их права распоряжаться наследством. В конце царствования Петра I издается указ о том, что умалишенных в монастыри не помещать, а построить для них специальный дом. Плеяду замечательных русских ученых-психиатров составляют В. Х. Кандинский, С. С. Корсаков, П. Б. Ганнушкин, В. П. Сербский, именем которого назван Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии. В настоящее время квалифицированная психиатрическая помощь в РФ осуществляется системой психиатрических диспансеров и стационаров, в соответствии с Законом РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-I "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" (с изменениями от 21 июля 1998 г.).

**2. Процессуальные и организационные основы судебно-психиатрической экспертизы**

**2.1 Понятие и процессуальные основы судебно-психиатрической экспертизы**

Судебно-психиатрическая экспертиза проводится на основе единых федеральных нормативных актов, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации (уголовное и уголовно-процессуальное, гражданское и гражданско-процессуальное законодательство, действующая Инструкция о производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР, утвержденной в 1970 г.).

Судебная экспертиза представляет собой процессуальное действие, состоящее из проведения исследований и дачи заключения экспертом по вопросам, разрешение которых требует специальных знаний в области науки, техники, искусства или ремесла и которые поставлены перед экспертом судом, судьей, органом дознания, лицом, производящим дознание следователем или прокурором, в целях установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу (Федеральный закон от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ "О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации").

Лица, обладающие познаниями в указанных областях, привлекаемые правоохранительными органами для проведения исследований и дачи заключений, именуются экспертами (от лат. — опытный), а само проводимое ими исследование получило название экспертизы (от лат. — испытывать, узнавать по опыту).

***Судебно-психиатрическая экспертиза*** представляет собой регламентированное законом и проводимое врачом-психиатром исследование. Теоретической базой СПЭ является судебная психиатрия, предметом изучения которой является состояние психического здоровья участников уголовного или гражданского процессов.

***Экспертиза производится*** экспертами соответствующих учреждений либо иными специалистами, назначенными лицом, производящим дознание, следователем, прокурором и судом. Закон предусматривает, что в качестве эксперта может быть вызвано любое лицо, обладающее необходимыми познаниями для дачи заключения. Требование лица, производящего дознание, следователя, прокурора или суда о вызове эксперта обязательно для руководителя предприятия, учреждения или организации, где работает эксперт. Вопросы, поставленные перед экспертом, и его заключение не могут выходить за пределы специальных познаний эксперта.

***Ходатайствовать об экспертизе*** могут сам обвиняемый, потерпевший, родственники, в судебном заседании — прокурор и защитник с момента его участия в уголовном и гражданском процессе. В последнем случае могут ходатайствовать о назначении экспертизы истцы и ответчики.

Необходимо помнить, что право назначения психиатрической экспертизы по УПК РФ принадлежит лишь следственно-судебным органам и последние, в отдельных случаях, могут не удовлетворить ходатайство о производстве судебно-психиатрической экспертизы, если найдут его недостаточно обоснованным. На практике такие случаи почти не встречаются, так как следственно-судебные органы уделяют большое внимание вопросу о психическом состоянии обвиняемого.

Согласно Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации (ст. 195), следователь, признав необходимым назначение судебной экспертизы, выносит об этом постановление, а в случаях, предусмотренных п. 3 ч. 2 ст. 29 настоящего Кодекса, возбуждает перед судом ***ходатайство, в котором указываются***:

1) основания назначения судебной экспертизы;

2) фамилия, имя и отчество эксперта или наименование экспертного учреждения, в котором должна быть произведена судебная экспертиза;

3) вопросы, поставленные перед экспертом;

4) материалы, предоставляемые в распоряжение эксперта.

В соответствии с ч.1 ст. 195 УПК РФ необходимость назначения судебной экспертизы определяется следователем самостоятельно. Следователь должен признать назначение судебной экспертизы необходимым, если существенные для уголовного дела факты могут быть установлены не иначе, как путем применения специальных знаний.

Судебная экспертиза производится государственными судебными экспертами и иными экспертами из числа лиц, обладающих специальными знаниями.

Следователь знакомит с постановлением о назначении судебной экспертизы подозреваемого, обвиняемого, его защитника и разъясняет им права, предусмотренные ст. 198 УПК РФ. Об этом составляется протокол, подписываемый следователем и лицами, которые ознакомлены с постановлением.

Судебная экспертиза в отношении потерпевшего, за исключением случаев, предусмотренных п. 2, 4 и 5 ст. 196 УПК РФ, а также в отношении свидетеля производится с их согласия или согласия их законных представителей, которые даются указанными лицами в письменном виде.

**2.2 Обязательное назначение судебно-психиатрической экспертизы**

Согласно ст. 196 УПК РФ, ***назначение судебной экспертизы является обязательным для установления***:

1) причины смерти;

2) характера и степени вреда, причиненного здоровью;

3) психического или физического состояния подозреваемого, обвиняемого, когда возникает сомнение в его вменяемости или способности самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве;

4) психического или физического состояния потерпевшего, когда возникает сомнение в его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания;

5) возраста подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего, когда это имеет значение для уголовного дела, а документы, подтверждающие его возраст, отсутствуют или вызывают сомнение.

**2.3 Основания для назначения СПЭ**

***Поводы для назначения СПЭ следующие:***

1) сомнения в психической полноценности обвиняемого.

Чаще всего причиной таких сомнений оказываются данные о том, что обвиняемый находился под наблюдением психиатров по поводу психического расстройства. В таких случаях следователь должен принять меры к получению медицинской документации об обвиняемом из соответствующего психиатрического учреждения — психоневрологического диспансера (кабинета) по месту жительства обвиняемого, сведения о состоянии во время посещения этих лечебных учреждений и сведения об оказании помощи и лечении. Если имеются сведения о лечении частным порядком, то целесообразно истребовать данные об этом у частного врача или допросить его о причинах обращения пациента, о его состоянии, лечебных назначениях и т. д. Получение медицинской документации из медицинских учреждений производится по письменному запросу следователя на имя главного врача;

2) особенности поведения обвиняемого или подозреваемого во время следствия или правонарушения.

Так, необычные высказывания или немотивированный отказ отвечать на вопросы, рассеянность, неоправданная веселость, бессмысленные поступки во время допросов могут быть следствием психических расстройств. В то же время некоторые проявления психических болезней могут ускользать от наблюдателя, в том числе и следователя, выглядеть как легкая туповатость и бестолковость, или распущенность и леность и т. д. Поэтому, заметив необычные особенности поведения или узнав об этом от родственников и друзей обвиняемого, следователь должен подробно расспросить родных о детстве, развитии, школьной успеваемости, интересах, увлечениях и других проявлениях, которые отражали бы особенности личности обвиняемого. Эти сведения необходимо подкрепить объективными материалами. Определенное значение имеют сведения о семейных взаимоотношениях, состоянии в браке. Необходимо выяснить у свидетелей данные об употреблении алкоголя и наркотиков, лечении в психиатрических учреждениях, поскольку сам обвиняемый может скрывать эти обстоятельства.

Характер криминала, его кажущаяся безмотивность, противоречие между совершенным действием и личностью обвиняемого, последовательности его поступков, иногда необычная жестокость.

В случаях направления на экспертизу по таким основаниям следователю необходимо во время допросов свидетелей попытаться получить четкие сведения об особенностях поведения обвиняемого, последовательности его поступков, его внешнем виде, высказываниях во время совершения общественно опасных действий.

По уголовным делам, где в качестве меры наказания предусмотрена смертная казнь, проведение судебно-психиатрической экспертизы является обязательным (Постановление Верховного суда РФ от 22 декабря 1992 г. "О судебной практике по делам об умышленных убийствах"). При вынесении постановления о назначении судебно-психиатрической экспертизы таким лицам следователь должен указать, что обвиняемый направляется на экспертизу "в связи с тяжестью содеянного". Подобная формулировка может указать экспертам-психиатрам, что следствие не располагает данными о болезненных расстройствах психики, но, учитывая особую тяжесть содеянного, могут быть заподозрены скрытые проявления психических нарушений. Среди таких подозрений одно из важных мест занимает особая жестокость преступления. В некоторых случаях она может быть связана с психическими расстройствами, например, бредовыми идеями или садистскими тенденциями.

Назначение судебно-психиатрической экспертизы может быть осуществлено на стадии судебного разбирательства. В этих случаях суд выносит определение о назначении экспертизы и обосновывает его. В тех случаях, когда экспертиза была проведена прежде, суд выносит определение о повторной экспертизе, если он не согласен с ее заключением, или о дополнительной, если заключение экспертизы представляется неполным или недостаточно ясным.

Как правило, проведение СПЭ производится в ***психиатрическом учреждении*** — диспансере или больнице, в которых существуют судебно-экспертные комиссии. Поэтому, хотя они и не являются самостоятельными экспертными учреждениями, на них распространяется действие ст. 199 УПК, которая предусматривает, что при производстве судебной экспертизы в экспертном учреждении следователь направляет руководителю соответствующего экспертного учреждения постановление о назначении судебной экспертизы и материалы, необходимые для ее производства.

Руководитель экспертного учреждения после получения постановления поручает производство судебной экспертизы конкретному эксперту или нескольким экспертам из числа работников данного учреждения и уведомляет об этом следователя. При этом руководитель экспертного учреждения, за исключением руководителя государственного судебно-экспертного учреждения, разъясняет эксперту его права и ответственность, предусмотренные ст. 57 УПК РФ.

Руководитель экспертного учреждения вправе возвратить без исполнения постановление о назначении судебной экспертизы и материалы, представленные для ее производства, если в данном учреждении нет эксперта конкретной специальности либо специальных условий для проведения исследований, указав мотивы, по которым производится возврат.

Если судебная экспертиза производится вне экспертного учреждения, то следователь вручает постановление и необходимые материалы эксперту и разъясняет ему права и ответственность, предусмотренные статьей 57 УПК РФ. Эксперт вправе возвратить без исполнения постановление, если представленных материалов недостаточно для производства судебной экспертизы или он считает, что не обладает достаточными знаниями для ее производства.

**2.4 Права и обязанности эксперта**

Согласно Уголовно-процессуального кодекса РФ (ст. 57), ***эксперт вправе***:

1) знакомиться с материалами уголовного дела, относящимися к предмету судебной экспертизы;

2) ходатайствовать о предоставлении ему дополнительных материалов, необходимых для дачи заключения, либо привлечении к производству судебной экспертизы других экспертов;

3) участвовать с разрешения дознавателя, следователя, прокурора и суда в процессуальных действиях и задавать вопросы, относящиеся к предмету судебной экспертизы;

4) давать заключение в пределах своей компетенции, в том числе по вопросам, хотя и не поставленным в постановлении о назначении судебной экспертизы, но имеющим отношение к предмету экспертного исследования;

5) приносить жалобы на действия (бездействие) и решения дознавателя, следователя, прокурора и суда, ограничивающие его права;

6) отказаться от дачи заключения по вопросам, выходящим за пределы специальных знаний, а также в случаях, если представленные ему материалы недостаточны для дачи заключения.

В соответствии с той же статьей, ***эксперт не вправе***:

1) без ведома следователя и суда вести переговоры с участниками уголовного судопроизводства по вопросам, связанным с производством судебной экспертизы;

2) самостоятельно собирать материалы для экспертного исследования;

3) проводить без разрешения дознавателя, следователя, суда исследования, могущие повлечь полное или частичное уничтожение объектов либо изменение их внешнего вида или основных свойств;

4) давать заведомо ложное заключение;

5) разглашать данные предварительного расследования, ставшие известными ему в связи с участием в уголовном деле в качестве эксперта, если он был об этом заранее предупрежден в порядке, установленном ст. 161 настоящего Кодекса.

Федеральный закон от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ "О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации" также предусматривает определенные обязанности и права эксперта (ст. 16, 17).

***Эксперт обязан:***

1) принять к производству порученную ему руководителем соответствующего государственного судебно-экспертного учреждения судебную экспертизу;

2) провести полное исследование представленных ему объектов и материалов дела, дать обоснованное и объективное заключение по поставленным перед ним вопросам;

3) составить мотивированное письменное сообщение о невозможности дать заключение и направить данное сообщение в орган или лицу, которые назначили судебную экспертизу, если поставленные вопросы выходят за пределы специальных знаний эксперта, объекты исследований и материалы дела непригодны или недостаточны для проведения исследований и дачи заключения и эксперту отказано в их дополнении, современный уровень развития науки не позволяет ответить на поставленные вопросы;

4) не разглашать сведения, которые стали ему известны в связи с производством судебной экспертизы, в том числе сведения, которые могут ограничить конституционные права граждан, а также сведения, составляющие государственную, коммерческую или иную охраняемую законом тайну;

5) обеспечить сохранность представленных объектов исследований и материалов дела.

Эксперт также исполняет обязанности, предусмотренные соответствующим процессуальным законодательством.

***Эксперт не вправе:***

1) принимать поручения о производстве судебной экспертизы непосредственно от каких-либо органов или лиц, за исключением руководителя государственного судебно-экспертного учреждения;

2) осуществлять судебно-экспертную деятельность в качестве негосударственного эксперта;

3) вступать в личные контакты с участниками процесса, если это ставит под сомнение его незаинтересованность в исходе дела; самостоятельно собирать материалы для производства судебной экспертизы;

4) сообщать кому-либо о результатах судебной экспертизы, за исключением органа или лица, ее назначивших;

5) уничтожать объекты исследований либо существенно изменять их свойства без разрешения органа или лица, назначивших судебную экспертизу.

***Эксперт вправе:***

1) ходатайствовать перед руководителем соответствующего государственного судебно-экспертного учреждения о привлечении к производству судебной экспертизы других экспертов, если это необходимо для проведения исследований и дачи заключения;

2) делать подлежащие занесению в протокол следственного действия или судебного заседания заявления по поводу неправильного истолкования участниками процесса его заключения или показаний;

3) обжаловать в установленном законом порядке действия органа или лица, назначивших судебную экспертизу, если они нарушают права эксперта.

Эксперт также имеет права, предусмотренные соответствующим процессуальным законодательством.

Эксперт дает заключение от своего имени на основании произведенных исследований в соответствии с его специальными знаниями и несет за данное им заключение личную ответственность:

За дачу заведомо ложного заключения эксперт несет ответственность в соответствии со ст. 307 Уголовного кодекса Российской Федерации.

За разглашение данных предварительного расследования эксперт несет ответственность в соответствии со ст. 310 Уголовного кодекса Российской Федерации.

**2.5 Виды судебно-психиатрической экспертизы**

Судебно-психиатрическая экспертиза, как правило, проводится комиссией, состоящей из 3 экспертов (допускается проведение экспертизы двумя или даже одним специалистом). Более 3 экспертов включается в состав комиссии в особо сложных и ответственных случаях, что может быть сделано как по инициативе экспертного учреждения, так и по предписанию органа, назначающего персональный состав экспертов. Производство комиссионной экспертизы регламентируется ст. 200 УПК РФ.

Один из членов экспертной комиссии является ее председателем, один — врачом-докладчиком, который непосредственно изучает представленную документацию, проводит обследование подэкспертного и составляет проект заключения, а в случае стационарной экспертизы осуществляет его курацию с ведением истории болезни. Все члены комиссии подписывают заключение или акт судебно-психиатрической экспертизы и несут за него равную ответственность. Если между членами комиссии нет единогласия, один из них письменно излагает свое мнение. Оно составляется по тем же правилам, что и комиссионное заключение, и прилагается к последнему.

***Виды судебно-психиатрической экспертизы:***

1) экспертиза в кабинете следователя;

2) амбулаторная экспертиза;

3) стационарная экспертиза;

4) экспертиза в судебном заседании;

5) заочная, в том числе посмертная экспертиза.

***Экспертиза в кабинете следователя*** проводится сравнительно редко. Чаще речь идет не об экспертизе, а об обследовании, которое носит характер консультации, так как обычно заключается в однократном осмотре обследуемых одним врачом-психиатром. Врач-психиатр в этих случаях решает вопросы: о психическом состоянии лица в настоящее время; о необходимости проведения ему экспертизы определенного вида; о возможности подвергать обследуемого по состоянию психического здоровья допросам и проводить очные ставки с его участием и т. п.

***Амбулаторная экспертиза*** проводится в психиатрических стационарах, в диспансерах, в помещении медицинской службы следственных изоляторов. Назначается она:

1) в отношении подозреваемых, обвиняемых, совершивших правонарушение в состоянии алкогольного опьянения;

2) в случаях временных расстройств психической деятельности;

3) во многих случаях нерезко выраженных психических расстройств (остаточные явления после травмы черепа, перенесенных инфекций и т. д.), либо, наоборот, при ярко выраженных расстройствах психической деятельности.

***Стационарная экспертиза.*** Это наиболее совершенный вид экспертизы, поэтому к ней следует прибегать во всех случаях, когда возникают трудности в распознавании болезни и определении ее тяжести:

1) начальные этапы и стертые формы психических заболеваний, пограничные состояния;

2) обследуемые нуждаются в проведении специальных лабораторных исследований;

3) симуляция и диссимуляция заболеваний;

4) повторные экспертизы.

Направление на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу лица, не находящегося под стражей, может быть осуществлено только по решению суда или с санкции прокурора (ст. 188 УПК РСФСР). Срок стационарной экспертизы в соответствии с упомянутой в начале раздела Инструкцией о производстве судебно-психиатрической экспертизы не должен превышать 30 дней. Однако, если указанный срок наблюдения оказывается недостаточным для ответа на поставленные вопросы, проводится комиссионное освидетельствование лица и составляется акт судебно-психиатрической экспертизы о необходимости продления наблюдения. Акт направляется назначившему экспертизу органу для принятия соответствующего решения.

***Экспертиза в судебном заседании назначается:***

1) обвиняемым, которые ранее не подвергались экспертному освидетельствованию, но вызвали сомнение в психической полноценности только в процессе судебного рассмотрения. Эксперт в данном случае сообщает суду о целесообразности назначения амбулаторной или стационарной экспертизы;

2) обвиняемым, в отношении которых вопрос о вменяемости решен не был;

3) обвиняемым, в отношении которых в стадии предварительного следствия уже было дано заключение. Вызов экспертов в данном случае может быть обусловлен необходимостью разъяснения тех или иных положений экспертного заключения, сообщением неизвестных экспертам данных, которые, по мнению суда, могут иметь значение, изменением психического состояния и поведения обвиняемого, сомнением суда в правильности заключения;

4) при выборе мер медицинского характера в отношении невменяемых.

Заочная экспертиза проводится только по материалам дела, если невозможно непосредственное обследование обвиняемого, или после смерти лица, когда необходимо выяснить его психическое состояние в тот или иной период его жизни. Такая посмертная экспертиза проводится, например, в гражданском процессе, когда возникает сомнение в психической полноценности лица в момент составления им дарственного акта или завещания.

**2.6 Заключение эксперта и его оценка**

**Заключение эксперта** — представленные в письменном виде содержание исследования и выводы по вопросам, поставленным перед экспертом лицом, ведущим производство по уголовному делу, или сторонами (ст.80 УПК РФ).

Согласно УПК РФ, заключение эксперта является одним из видов доказательств и подлежит оценке судом (УПК РФ, ст. 74, 80, 88). Каждое доказательство подлежит оценке с точки зрения относимости, допустимости, достоверности, а все собранные доказательства в совокупности — достаточности для разрешения уголовного дела.

Заключение не является обязательным для лица, производящего дознание, следователя, прокурора и суда, однако несогласие их с заключением должно быть мотивировано.

Для того чтобы заключение эксперта могло быть проверено при его оценке с позиций обоснованности и достоверности сделанных выводов лицом или органом, назначившим экспертизу, и быть убедительным для других участников процесса, предусмотрена единая форма заключения (ст. 25 Федерального закона от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ "О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации"). ***Эта форма обеспечивает возможность проверки:***

1) достаточности материалов, представленных эксперту для исследования;

2) относимости поставленных вопросов к компетенции эксперта;

3) полноту исследования;

4) обоснованности его положениями теории и практики данного вида экспертизы;

5) использования экспертом надежных и эффективных методик;

6) логики экспертного заключения и соответствия сделанных экспертом выводов ходу и результатам исследования.

Судебно-следственные органы оценивают заключение эксперта с точки зрения научной достоверности и доказательного значения выводов эксперта, поскольку факты, установленные экспертом и содержащиеся в его заключении, являются одним из видов судебных доказательств. При этом никакие доказательства для суда, прокурора, следователя, лица, производящего дознание, не имеют заранее установленной силы.

Статья 204 УПК РФ предусматривает, что ***в заключении эксперта должны быть указаны***:

1) дата, время и место производства судебной экспертизы;

2) основания производства судебной экспертизы;

3) должностное лицо, назначившее судебную экспертизу;

4) сведения об экспертном учреждении, а также фамилия, имя и отчество эксперта, его образование, специальность, стаж работы, ученая степень и (или) ученое звание, занимаемая должность;

5) сведения о предупреждении эксперта об ответственности за дачу заведомо ложного заключения;

6) вопросы, поставленные перед экспертом;

7) объекты исследований и материалы, представленные для производства судебной экспертизы;

8) данные о лицах, присутствовавших при производстве судебной экспертизы;

9) содержание и результаты исследований с указанием примененных методик;

10) выводы по поставленным перед экспертом вопросам и их обоснование.

Материалы, иллюстрирующие заключение эксперта (фотографии, схемы, графики и т. п.), прилагаются к заключению и являются его составной частью. В случае, если при производстве судебной экспертизы эксперт установит обстоятельства, имеющие значение для дела, по поводу которых ему не были поставлены вопросы, он вправе указать на них в своем заключении.

***Результаты экспертизы*** оформляются в форме заключения, или акта, судебно-психиатрической экспертизы, который составляется по правилам, изложенным в "Инструкции о производстве судебно-психиатрической экспертизы" и в "Методических указаниях по составлению акта (заключения) судебно-психиатрической экспертизы", утвержденных Министерством здравоохранения СССР и согласованных с Прокуратурой СССР, Верховным судом СССР и Министерством внутренних дел СССР (№ 10-91/14-70 от 03.11.1970 г.).

***Акт судебно-психиатрической экспертизы имеет следующие разделы:***

1) введение;

2) сведения о прошлой жизни;

3) описание физического, неврологического и психического состояния;

4) мотивировочная часть;

5) заключительная часть.

***Во введении*** приводятся формальные данные об экспертах, месте, времени и виде экспертизы; об органе, назначившем экспертизу, и вопросах, поставленных на ее разрешение; о существе уголовного или гражданского дела и личности испытуемого (подэкспертного).

***Во втором*** ***разделе*** акта излагается анамнез жизни и психического расстройства (если оно имеется) с приведением в основном данных, имеющих значение для формулирования выводов. Здесь приводится также описание поведения испытуемого в период совершения инкриминируемого ему деяния со ссылками на источники информации (листы дела, фамилии свидетелей и т. д.). Последнее имеет особое значение, когда речь идет о возможности временного расстройства психической деятельности в период, относящийся к совершенному деянию.

***Третий раздел*** посвящается результатам исследований, полученным при проведении экспертизы. Здесь также излагаются в основном данные, имеющие значение для экспертных выводов, но особое внимание уделяется, естественно, описанию психического состояния лица. В этом разделе приводятся не оценочные понятия, а фактические данные, на основании которых можно сделать определенные выводы о состоянии испытуемого.

***Мотивировочная и заключительная части*** во многих современных руководствах рассматриваются как единое целое. В самом деле, речь идет о выводах или ответах на поставленные вопросы (заключительная часть) и их обосновании со ссылкой на фактические данные, приведенные в предшествующих частях акта (мотивировочная часть). Обычно делается вывод о наличии или отсутствии у испытуемого психического расстройства, квалификации последнего; затем дается заключение о выраженности этого расстройства и его влиянии на способность лица выполнять ту или иную социальную юридически значимую функцию (быть вменяемым, дееспособным свидетелем и т. п.). Эти выводы обосновываются данными анамнеза и собственных обследований. В дальнейшем следуют ответы на другие более частные вопросы, поставленные перед экспертами, а также их обоснование. Выводы должны быть максимально четкими и определенными. Допускаются предположительные ответы лишь на некоторые специальные вопросы, не имеющие определяющего значения для оценки способности к выполнению юридически значимой функции, по поводу которой назначена экспертиза. Документ составляется в двух экземплярах, один из которых остается в архиве, другой направляется в учреждение, назначившее экспертизу. Документы заверяются печатью экспертного учреждения.

***Оценка судебно-психиатрического заключения*** требует не только юридических, но и элементарных судебно-психиатрических знаний, вот почему они включены в систему юридического образования. При несогласии с экспертным заключением назначается повторная экспертиза. Значительное количество повторных экспертиз возлагается на Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского. Заключения, вынесенные сотрудниками центра и экспертами психиатрической больницы, с процессуально-правовой точки зрения, равноценны. Экспертные заключения оцениваются в зависимости от их научной убедительности и соответствия фактическим данным уголовного или гражданского дела.

**2.7 Общая структура организации судебно-психиатрической службы**

В нашей стране судебно-психиатрическая экспертиза в основном находится в ведении органов здравоохранения. Последними при психиатрических лечебных учреждениях создаются амбулаторные судебно-психиатрические комиссии и отделения стационарной судебно-психиатрической экспертизы. Состав экспертов утверждается вышестоящим органом здравоохранения. В соответствии с требованиями законодательства экспертом-психиатром может быть только врач, специализировавшийся в области психиатрии.

В каждой республике, крае или крупном городе при психиатрических больницах или психоневрологических диспансерах существуют амбулаторные судебно-психиатрические экспертные комиссии (АСПЭК). В некоторых регионах таких комиссий несколько, так как учитывается количество жителей и протяженность территории.

Почти во всех областных республиканских психиатрических больницах имеются специальные отделения стационарной судебно-психиатрической экспертизы, часть из которых предназначена для лиц, содержащихся под стражей. В этих же больницах осуществляется принудительное лечение, причем имеются также несколько больниц психиатрических стационаров специализированного типа с интенсивным наблюдением, для больных, совершивших особо опасные действия.

Судебно-психиатрическая экспертиза и проведение принудительных мер медицинского характера осуществляются органами здравоохранения, психиатрическая служба мест лишения свободы подчинена медицинским органам МВД РФ (министерства юстиции).

Научно-методическое обеспечение судебной психиатрии осуществляет Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского.

**2.8 Основные вопросы, разрешаемые СПЭ**

В соответствии с задачами судебно-психиатрической экспертизы можно привести несколько **основных типовых вопросов**, касающихся обвиняемых.

Болен ли данный субъект в настоящее время каким-либо психическим заболеванием? Если да, то каким?

Был ли болен этот субъект в момент совершения общественно опасного деяния?

Если обвиняемый страдал психическим заболеванием в период правонарушения, то способен ли он был осознавать фактический характер своих действий или руководить ими.

Не страдает ли обвиняемый заболеванием, возникшим после совершения им общественно-опасного деяния, а если страдает, то лишает ли его заболевание способности осознавать характер своих действий или руководить ими?

Если обвиняемый страдает психическим заболеванием, то нуждается ли он в применении к нему мер медицинского характера и каких именно?

В ряде случаев бывает необходима постановка и иных вопросов перед экспертами. Однако вопросы никогда не должны выходить за пределы компетенции эксперта. ***На разрешение эксперта не должны ставиться:***

1) вопросы общего характера. Они должны касаться только конкретного человека;

2) вопросы психологического характера (например, о состоянии сильного душевного волнения — физиологического аффекта). Для этого существует судебно-психологическая экспертиза;

3) вопрос о достоверности (правильности) показаний;

4) вопрос о том, как повлияли отклонения психики на поведение вменяемого человека в конкретной ситуации расследования;

5) вопрос о соответствии психического развития паспортному возрасту.

**3. Судебно-психиатрическая экспертиза обвиняемых, свидетелей, потерпевших и осужденных. Принудительные меры медицинского характера**

**3.1 Судебно-психиатрическая экспертиза обвиняемых**

**3.1.1 Понятия вины, вменяемости и невменяемости**

В соответствии со сформулированным в УК принципом вины (ст. 5 УК РФ), лицо подлежит уголовной ответственности только за совершение тех общественно опасных действий и их вредные последствия, в отношении которых установлена его личная вина.

***В уголовно-правовой науке есть две основные теории вины:***

1) оценочная (нормативная, этическая), когда вина лица за совершенное деяние сводится к оценочной (социальной, нравственной, политической) характеристике ее судом, формулируемой в его упреке;

2) психологическая, представляющая собой субъективное (внутреннее, психическое) отношение лица к своим общественно опасным и противоправным действиям или бездействию и их общественно опасным последствиям.

***Субъективное*** (внутреннее, психическое) отношение лица к совершаемому им общественно опасному и уголовно-противоправному деянию, адекватно отражая основную суть его виновности, в своем конкретном выражении может быть многогранным. Поэтому УК ограничивает данное отношение лишь двумя формами: умыслом и неосторожностью, для которых вина в целом является родовым понятием.

Согласно ст. 24 УК РФ виновным в совершении преступления может быть признано только то лицо, которое совершило общественно опасное и уголовно-противоправное деяние умышленно или неосторожно.

**Совершение общественно опасных деяний** — объективное основание уголовной ответственности, а негативное отношение правонарушителя к запрету их совершения, т. е. вина — ее субъективное основание.

Нормы закона, устанавливая юридическое основание уголовной ответственности, базируются на постулате о свободе воли и детерминированности поведения человека.

В основе всех явлений природы и общества лежат объективные закономерности. Им подчинена деятельность людей, их сознание и воля, в основе которых лежат жизненные условия. Следовательно, все аспекты человеческого поведения обусловлены определенными причинами. Однако, это не порождает абсолютной зависимости деятельности человека от объективных обстоятельств. Его сознание обусловливается внешними обстоятельствами и, вместе с тем, оно имеет относительную самостоятельность, возрастающую с накоплением человечеством знаний и опыта.

**Свобода воли** — это способность личности определять свое поведение на основе познания объективной действительности, способность предвидеть последствия своих действий и оценивать их в соответствии с требованиями морали и права. Подлинная свобода заключается не в полной независимости от внешнего мира, а в способности принимать решения с учетом их социального значения. Вследствие этого психически больные, лишенные возможности правильно оценивать социальную сущность своих общественно опасных действий, уголовную ответственность не несут.

**Субъектом преступления** может быть только вменяемое лицо. Вменяемость наряду с достижением установленного возраста выступает в качестве условия уголовной ответственности и является одним из общих признаков субъекта преступления.

**Вменяемость** (от слова "вменять", в смысле "вменять в вину") — в широком, общеупотребительном значении этого слова означает способность нести ответственность перед законом за свои действия. В уголовном праве данное понятие употребляется в более узком, специальном смысле, как антитеза понятию "невменяемость". Часть 1 ст. 21 УК РФ гласит "Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, т. е. не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия или иного болезненного состояния психики".

Из этого положения закона можно заключить, что вменяемость — это такое состояние психики, при котором человек в момент совершения общественно опасного деяния может осознавать значение своих действий и руководить ими, и потому способен быть ответственным за свои действия.

Способность понимать фактическую сторону и социальную значимость своих поступков и при этом сознательно руководить своими действиями отличает вменяемого человека от невменяемого. Преступление совершается под воздействием целого комплекса внешних обстоятельств, играющих роль причин и условий преступного поведения. Но ни одно из них не воздействует на человека, минуя его сознание. Будучи мыслящим существом, человек с нормальной психикой способен оценивать обстоятельства, в которых он действует, и с их учетом выбирать вариант поведения, соответствующий его целям.

При многих психических заболеваниях у человека сохраняется до известных пределов правильная ориентировка в окружающем мире, он обладает определенным запасом знаний. Для признания лица невменяемым нужно установить его неспособность осознавать именно те общественно опасные деяния, которые он совершил, будучи психически больным. При этом необходимо, чтобы лицо осознавало не только фактическую сторону деяния, но и его социальную значимость, общественно опасный характер.

Субъектом преступления может быть только вменяемое лицо. Вменяемость наряду с достижением установленного возраста выступает в качестве условия уголовной ответственности и является одним из общих признаков субъекта преступления.

***Вопрос о вменяемости*** (невменяемости) всегда решается в отношении конкретного деяния. Никто не может быть признан невменяемым вообще, безотносительно к содеянному. Во-первых, течение хронических психических заболеваний допускает возможность улучшения состояния (ремиссии). Во-вторых, при некоторых болезненных состояниях психики, например, при олигофрении, лицо может осознавать фактический характер и общественную опасность одних своих действий (таких, как причинение побоев, кража) и не осознавать общественной опасности других действий, затрагивающих более сложные общественные отношения (нарушение санитарно-эпидемиологических правил, возбуждение национальной вражды).

***Невменяемый*** не может нести уголовную ответственность за свои объективно опасные для общества поступки прежде всего потому, что в них не участвовали его сознание и (или) воля. Общественно опасные деяния психически больных обусловлены их болезненным состоянием. Какой бы тяжелый вред обществу они ни причинили, у общества нет оснований для вменения этого вреда им в вину. Применение наказания к невменяемым было бы несправедливым и нецелесообразным еще и потому, что по отношению к ним недостижимы цели уголовного наказания — исправление осужденного и предупреждение совершения новых преступлений.

К лицам, совершившим общественно опасные деяния в состоянии невменяемости, по назначению суда могут быть применены принудительные меры медицинского характера в случаях, когда психические расстройства связаны с возможностью причинения этими лицами иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц. Это особые меры, которые не являются наказанием, а имеют целью излечение указанных лиц или улучшение их психического состояния, а также предупреждение совершения ими новых деяний, предусмотренных статьями Особенной части УК. Виды принудительных мер медицинского характера, а также основания и порядок их применения регулируются уголовно-исполнительным законодательством.

**3.1.2 Юридический (психологический) критерий невменяемости**

При раскрытии понятия невменяемости используются два критерия: медицинский (биологический) и юридический (психологический).

**Юридический (психологический) критерий** невменяемости, содержится в ст. 21 УК РФ, в которой определяются состояния, препятствующие вменять в вину правонарушение.

Юридический (психологический) критерий ст. 21 УК РФ формулируется так: "лицо... не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими". Он состоит из двух элементов: интеллектуального — нарушения возможности осознавать характер и общественную опасность своих действий, и волевого — нарушение возможности руководить ими.

***Интеллектуальный признак*** свидетельствует о том, что лицо, совершившее то или иное действие (или бездействие), не понимало фактических обстоятельств содеянного или не могло осознавать его общественное значение.

***Волевой признак*** психологического критерия невменяемости состоит в неспособности лица руководить своими действиями. Это самостоятельный признак, который и при отсутствии интеллектуального признака может свидетельствовать о наличии невменяемости. Практика свидетельствует о том, что лицо, совершившее общественно опасное деяние, при определенном состоянии психики может, совершая такое деяние, сохранять возможность формальной оценки событий, их понимание при отсутствии, однако, способности руководить своими действиями. В таких случаях о наличии психологического критерия невменяемости можно судить на основании одного волевого признака. С другой стороны, неспособность осознавать свои действия (интеллектуальный признак) всегда свидетельствует о неспособности руководить этими действиями и, следовательно, о наличии психологического критерия невменяемости.

Первый элемент критерия требует анализа критических способностей подэкспертного, возможности адекватно оценить обстановку и собственное поведение. Из положения о невозможности понимания субъектом сущности своих действий, вытекает, что интеллектуальный критерий как бы перекрывает волевой.

**3.1.3 Медицинский (биологический) критерий невменяемости**

***Медицинский критерий невменяемости в ст. 21 УК представляет собой обобщенный перечень психических расстройств, включающих четыре их вида:***

1) хроническое психическое расстройство;

2) временное психическое расстройство;

3) слабоумие;

4) иное болезненное состояние психики.

Этими категориями охватываются все известные науке болезненные расстройства психики. Из содержания медицинского критерия следует, что неболезненные расстройства психической деятельности не должны исключать вменяемость. Примером такого временного неболезненного изменения психики может служить состояние физиологического аффекта (сильного душевного волнения). Сильная, бурно развивающаяся эмоция гнева, ярости, страха может явиться внутренней побудительной силой преступления. У человека в таком состоянии сужено сознание и ограничены возможности руководить своими действиями. Однако физиологический аффект не является болезненным расстройством психики, поэтому не служит критерием невменяемости. Совершение преступления в состоянии аффекта учитывается лишь как признак привилегированных составов убийства и причинения тяжкого или средней тяжести вреда здоровью (ст. 107, 113 УК).

Для наличия медицинского критерия достаточно одного из упомянутых видов психических расстройств.

***Понятием хронического психического расстройства*** охватывается группа заболеваний, носящих длительный характер, трудно поддающихся излечению, протекающих непрерывно или приступообразно, имеющих тенденцию к прогрессированию. К ним относятся, например, шизофрения, эпилепсия, прогрессивный паралич, маниакально-депрессивный психоз, предстарческие и старческие психозы, некоторые органические заболевания центральной нервной системы и другие психические болезни. В судебно-психиатрической практике хронические психические расстройства наиболее часто выступают в качестве медицинского критерия невменяемости. Это касается в первую очередь шизофрении.

К ***временному расстройству*** психики относятся психические заболевания, которые быстро развиваются, длятся непродолжительное время и заканчиваются полным выздоровлением. Это острые психозы при общих инфекционных заболеваниях (например, при тифе), реактивное состояние (временные расстройства психической деятельности под влиянием тяжелых душевных потрясений) и так называемые исключительные состояния, вызывающие помрачение сознания на короткий срок (патологическое опьянение, сумеречное состояние сознания, патологические просоночные состояния, патологический аффект и др.).

Временные расстройства психики в судебно-психиатрической практике встречаются реже, чем хронические. Особенно редко приходится сталкиваться с исключительными состояниями.

**Слабоумие** — болезненное состояние психики, которое характеризуется неполноценностью умственной деятельности. Самостоятельное судебно-психиатрическое значение имеет врожденное слабоумие (олигофрения). По степени поражения умственной деятельности различаются три формы олигофрении: легкая (дебильность), средняя (имбецильность) и тяжелая (идиотия). Приобретенное слабоумие (деменция), которое характеризуется снижением или полным распадом прежде нормальной мыслительной деятельности, оценивается обычно в связи с вызвавшим его основным психическим заболеванием.

**Иное болезненное состояние психики** — это такое расстройство психической деятельности болезненного характера, которое не подпадает под признаки названных трех категорий. Сюда могут быть отнесены наиболее тяжелые формы психопатии, аномалии психики у глухонемых, последствия черепно-мозговой травмы (травматическая энцефалопатия) и др.

Отнесение психического расстройства к той или иной категории из числа названных не имеет самостоятельного значения для вывода о невменяемости субъекта. Соответствующий вывод может быть сделан только при условии, что данное болезненное изменение психики привело к невозможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими. Поскольку этот вывод имеет юридическое значение, последний критерий и называют юридическим.

Установление медицинского и юридического критерия относится к компетенции судебного психиатра, так как юридический критерий говорит только о глубине психического расстройства, а это может установить только эксперт.

**3.1.4 СПЭ лиц, совершивших правонарушение в состоянии опьянения**

Как уже указывалось, для установления невменяемости необходимо наличие двух критериев — медицинского и юридического. При установлении только одного из них, субъект не может быть признан невменяемым.

Для иллюстрации данного положения рассмотрим оценку психического состояния лиц в состоянии простого алкогольного или наркотического опьянения.

Законодательство предусматривает, что "Лицо, совершившее преступление в состоянии алкогольного опьянения, вызванном употреблением алкоголя, наркотических веществ, подлежит уголовной ответственности" (ст. 23 УК РФ).

Действия пьяного могут носить внешне нелепый, будто бы безмотивный характер, иногда они отличаются необычной жестокостью, грубостью или цинизмом, что может быть не свойственно данному лицу, когда он трезв. Все это может вызывать предположение о каком-либо болезненном психическом состоянии в этот период времени, вследствие чего и назначается экспертиза. Если устанавливается, что обвиняемый находился в момент совершения преступления лишь в состоянии простого алкогольного опьянения, делается вывод о его вменяемости, поскольку медицинский критерий невменяемости отсутствует.

В основе восприятия ситуации пьяным человеком всегда лежат подлинные факты реальной действительности, а не болезненные, бредовые переживания, как у психически больного. В той стадии опьянения, когда субъект еще в состоянии двигаться, совершать поступки, он ориентируется в пространстве и времени, осознает свою личность, сохраняет речевой контакт с окружающими. С точки зрения медицины, опьянение хотя и вызывает нарушение психической деятельности, но не является болезненным состоянием психики.

При опьянении, как правило, отсутствует и психологический критерий невменяемости. Даже в тяжелой степени опьянения нарушение психических процессов не приводит к полному устранению контроля сознания и возможности руководить своими действиями. Бессмысленность, алогичность поступков, отсутствие видимых мотивов, незначительность или полное отсутствие повода к преступлению, неоправданная жестокость или крайний цинизм — все это еще не говорит о наличии психологического критерия. Для этого критерия не имеет значения вопрос, был ли смысл совершать преступление, равно как и вопрос о том, было бы совершено преступление, если бы преступник был трезв. Психологический критерий отсутствует, поскольку субъект не утратил связь с действительностью, осознавал свои поступки и был в состоянии в определенной мере корректировать их.

В отличие от общественно опасных действий психически больных преступные действия пьяного, при недостаточной видимой мотивировке, связаны с определенными внешними поводами. Даже в беспорядочных агрессивных действиях пьяного против случайно подвернувшихся людей видно осознанное проявление жестокости, пренебрежения к окружающим, к нормам поведения в обществе.

***В отличие от психических болезней***, алкогольное опьянение, вне зависимости от его тяжести, не может рассматриваться в аспекте критерия невменяемости. Оно возникает вследствие произвольного приема алкоголя, совершаемого в целях подъема настроения, в силу обычаев, традиций и т. п. При этом произвольным является не только сам прием, но и доза алкоголя (индивидуальная для каждого), которая в значительной мере определяет поведение человека в состоянии опьянения. Лицо по своему желанию, добровольно употребляющее алкоголь, наркотические средства или одурманивающие вещества, знает об их воздействии на его организм, предвидит свое возможное поведение в этом состоянии и по своему усмотрению выбирает вариант поведения.

Таким образом, если устанавливается только юридический критерий невменяемости, при отсутствии медицинского, то человек вменяем. Так же как и наличие только медицинского критерия при отсутствии юридического не дает основания вынести решение о невменяемости.

Состояние простого физиологического опьянения следует отличать от психических расстройств, связанных с опьянением или возникающих на фоне опьянения. Одним из них является патологическое опьянение. Оно представляет собой не просто тяжелую степень опьянения, а качественно отличное от обычного опьянения болезненное состояние, возникающее в связи с употреблением алкоголя.

Патологическое опьянение в противоположность простому алкогольному опьянению относится к группе острых, кратковременно протекающих психических расстройств. Оно рассматривается как сумеречное состояние психики, временное помрачение сознания, продолжающееся от нескольких минут до нескольких часов.

**Патологическое опьянение** возникает обычно в результате приема алкоголя и одновременно воздействия ослабляющих организм вредных факторов. К ним прежде всего относятся переутомление, перегревание, астенические состояния после перенесенных заболеваний и т. п. Патологическое опьянение может развиться спустя некоторое время после приема алкоголя и независимо от его количества, протекает довольно короткое время. Опьяневший вдруг неожиданно становится тревожным, растерянным, отрешенным от реального мира, движения его становятся четкими, быстрыми, высказывания принимают отрывочный характер. Контакт с реальностью нарушается. Заканчивается патологическое опьянение чаще всего так же внезапно, как и начинается, нередко оно переходит в глубокий сон, после которого отмечается полная амнезия (пробел в воспоминаниях) или смутное воспоминание о пережитом.

На почве систематического употребления алкоголя могут развиться и другие болезненные расстройства психики: алкогольный делирий (белая горячка), алкогольный галлюциноз, алкогольный параноид и т. д. Совершение общественно опасных действий при данных расстройствах исключает ответственность ввиду наличия обоих критериев невменяемости.

***Систематическое злоупотребление алкоголем*** может привести человека к заболеванию хроническим алкоголизмом.

***Глубокие изменения личности*** хронического алкоголика позволяют рассматривать это заболевание в ряду других психических аномалий, не исключающих вменяемости. У алкоголика развиваются психопатические черты характера, имеющие криминогенное значение. Алкоголикам, совершившим насильственные преступления, свойственны такие негативные черты, как повышенная раздражительность, агрессивность, конфликтность, подозрительность, мнительность, ревность, сутяжничество, садизм. Нередко такие лица в силу своего заболевания при совершении преступления не в полной мере могут осознавать фактический характер и общественную опасность действий либо руководить ими. Суд может на основании ст. 22 УК РФ учесть это обстоятельство при назначении наказания. Однако специфика данной психической аномалии состоит в том, что она развивается вследствие асоциального поведения лица, выражающегося в пьянстве. Поэтому суды не склонны смягчать наказание алкоголикам и наркоманам. Однако к ним при соответствующих условиях могут быть применены принудительные меры медицинского характера, предусмотренные гл. 15 УК РФ.

**3.1.5 СПЭ лиц с психическими расстройствами, не исключающими вменяемость**

Другой обширной группой **подэкспертных** (до 30—40 %) являются лица с пограничными формами нервно-психической патологии (церебральный атеросклероз, остаточные явления после черепно-мозговой травмы, неглубокая степень умственной отсталости). Разнообразные по своим клиническим проявлениям и природе, они имеют ряд общих признаков, например, личностный уровень поражения, неглубокие интеллектуальные и аффективные нарушения. Пограничный характер указанных расстройств не исключает у таких лиц возможность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, поэтому они признаются вменяемыми. Вместе с тем некоторые личностные особенности могут накладывать отпечаток на мотивацию их противоправного поведения. Экспертная оценка таких обвиняемых предусмотрена ст. 22 УК РФ.

Институт ***ограниченной вменяемости*** характерен для уголовного законодательства большинства государств Европы. Предпосылкой для введения указанного института практически везде явилось внедрение в широкую клиническую и экспертную практику учения о "пограничных состояниях", которые влекут снижение способности осознавать значение своих действий и контролировать их, но в то же время не в столь значительной степени, чтобы лица, обнаруживающие расстройства пограничного спектра, признавались невменяемыми. Наиболее разработаны нормы применения ограниченной (уменьшенной) вменяемости в Германии и во Франции, где подобная практика существует на протяжении многих лет.

Итогом многолетней дискуссии отечественных психиатров и юристов явилось включение в Уголовный кодекс 1996 г. ст. 22. Нормы ст. 22 УК РФ не ограничивают категорий патологических состояний и могут включать органические поражения головного мозга, умственную отсталость, расстройства личности, эпилепсию, шизофрению. Такой значительный разброс патологии связан с тем, что экспертные комиссии при вынесении решения о применении ст. 22 УК РФ ориентируются в первую очередь на ограниченную способность подэкспертных руководить своими действиями, что находится в тесной зависимости от особенностей личности испытуемых и от требований, предъявляемых к личности в определенной субъективно-сложной ситуации.

Статья 22 Уголовного кодекса РФ впервые в российском законодательстве регулирует вопрос об ответственности ***лиц с психическими аномалиями, не исключающими вменяемости:***

"1. Вменяемое лицо, которое во время совершения преступления в силу психического расстройства не могло в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, подлежит уголовной ответственности.

2. Психическое расстройство, не исключающее вменяемости, учитывается судом при назначении наказания и может служить основанием для назначения принудительных мер медицинского характера".

Из положений ст. 22 УК РФ вытекает следующее. Во-первых, закон не признает промежуточного состояния между вменяемостью и невменяемостью. Во-вторых, признанное вменяемым лицо, которое во время совершения преступления не могло в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, подлежит уголовной ответственности. В-третьих, наличие у виновного психических аномалий, не исключающих вменяемости, "учитывается судом при назначении наказания". В-четвертых, психическое расстройство, не исключающее вменяемости, может служить основанием для применения принудительных мер медицинского характера.

Статья 22 УК РФ не использует термины "уменьшенная вменяемость" или "ограниченная вменяемость". Позиция законодателя состоит в том, что вменяемость не может иметь степеней. Формулировка ч. 2 ст. 22 УК такова, что из нее не следует вывод об обязательном смягчении наказания лицам с психическими аномалиями.

При оценке конкретного деяния, совершенного лицом, имеющим аномалии психики, необходимо учитывать, имелась ли причинная связь между этими аномалиями и совершенным преступлением. И только в тех случаях, когда психические аномалии являлись решающим звеном в общей цепи причинной связи, приводимой к совершению преступления и наступлению преступного результата, наказание виновному может быть смягчено. Хотя поведение человека и не определяется патологическими чертами его личности, но такие черты могут быть условиями, способствующими и его преступному поведению.

Исходя из содержания ст. 21 и 22 УК РФ, перед экспертной судебно-психиатрической комиссией могут быть поставлены ***следующие вопросы***.

Не страдал ли обвиняемый психическим заболеванием в период совершения правонарушения, не страдает ли им в настоящее время?

Обнаруживал ли он в момент совершения правонарушения временные расстройства психической деятельности?

Мог ли он понимать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействий) и руководить ими в полной или неполной мере?

Нуждается данное лицо в назначении принудительных мер медицинского характера, предусмотренных законодательством, и каких именно?

**3.1.6 СПЭ лиц с психическими расстройствами, возникшими после совершения правонарушения**

***Психические расстройства*** в ряде случаев могут возникать после совершенного правонарушения до вынесения приговора. Решение этих вопросов предусмотрено ст. 81 УК РФ "Освобождение от наказания в связи с болезнью", ч. 1 которой гласит: "Лицо, у которого после совершения преступления наступило психическое расстройство, лишающее его возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия), либо руководить ими, освобождается от наказания; лицо, отбывающее наказание, освобождается от дальнейшего его отбывания". Таким лицам суд может назначить принудительные меры медицинского характера.

В ч. 1 ст. 81 УК РФ также содержатся медицинский и юридический критерии. Однако, по своему содержанию они не идентичны указанным критериям ст. 21 УК РФ, определяющей формулу невменяемости. Медицинский критерий ч. 1 ст. 81 УК РФ представлен одним признаком: "Психическое расстройство", который включает в себя все формы психической патологии. Юридический критерий, по аналогии со ст. 21 УК РФ, определен как возможность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Однако, при применении данной статьи речь идет не о вменяемости, так как лицо, заболевшее психическим заболеванием после совершения правонарушения, согласно ст. 21 УК РФ должно быть признано вменяемым, а о процессуальной дееспособности — способности обвиняемого по психическому состоянию участвовать в судебно-следственных действиях и осуществлять самостоятельно свое право на защиту. Законодательные положения, предусматривающие решение указанных вопросов, содержатся в уголовно-процессуальном кодексе, в разделах, посвященных применению мер медицинского характера.

***При диагностике психических нарушений***, возникающих после совершения преступления, эксперт должен оценить форму психической патологии, ее нозологическую принадлежность, а также варианты ее течения и исход. Важность точности квалификации психического состояния определяется необходимостью конкретных рекомендаций относительно мер медицинского характера и дальнейшей после выздоровления процессуальной деятельности подэкспертного. Эти положения сформулированы в ч. 4 ст. 81 УК РФ: "лица, указанные в частях первой и второй настоящей статьи, в случае их выздоровления могут подлежать уголовной ответственности и наказанию, если не истекли сроки давности, предусмотренные ст. 78 и 83 настоящего Кодекса".

***При временных расстройствах*** психической деятельности больные после лечения возвращаются на следствие и суд, при хронических психических заболеваниях после лечения больной теряет способность участвовать в судебно-следственных действиях и остается в ведении правоохранительных органов. К этим лицам применяется ч.2 ст. 81 УК РФ: "Лицо, заболевшее после совершения иной тяжелой болезнью, препятствующей отбыванию наказания, может быть судом освобождено от отбывания наказания".

В случаях применения ст. 81 УК РФ, после проведения принудительного лечения, врачебной комиссии вновь надлежит оценить психическое состояние подэкспертного на предмет выздоровления. Если наступило выздоровление или улучшение состояния, то необходимо определить, в какой мере лицо осознает фактический характер и общественную опасность своих действий и может руководить ими, т. е. может ли оно осуществлять свое право на защиту.

**3.2 Судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей и потерпевших**

Показания свидетелей и потерпевших на предварительном и судебном следствии являются одним из важных доказательств в уголовном процессе.

Согласно УПК РФ (ст. 79), **показания свидетеля** — сведения, сообщенные им на допросе, проведенном в ходе досудебного производства по уголовному делу или в суде в соответствии с требованиями ст. 187—191 и 278 настоящего Кодекса. Свидетель может быть допрошен о любых относящихся к уголовному делу обстоятельствах, в том числе о личности обвиняемого, потерпевшего и своих взаимоотношениях с ними и другими свидетелями. Свидетелем является лицо, которому могут быть известны какие-либо обстоятельства, имеющие значение для расследования и разрешения уголовного дела, и которое вызвано для дачи показаний.

В связи с такой важностью свидетельских показаний чрезвычайно ответственной является оценка судом их достоверности. Даже добросовестный свидетель, стремящийся как можно точнее воспроизвести в памяти события, очевидцем которых он был, не застрахован от искажения фактов (воздействие эмоций, нарушающее точность запечатления в памяти и последующего изложения событий). В случаях, когда свидетели и потерпевшие психически больны или вызывают сомнение в психической полноценности, назначение судебно-психиатрической экспертизы является обязательным.

Судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей и потерпевших не оценивает достоверность и содержание показаний (это компетенция суда), а констатирует психическое состояние лица (потерпевшего или свидетеля) на предмет их способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела.

Одним из аспектов судебно-психиатрической экспертизы потерпевших является определение возможности лица по психическому состоянию понимать характер и значение совершаемых действий, оказывать сопротивление в криминальной ситуации.

При направлении на комплексную судебно-психиатрическую и психологическую экспертизу ***вопросы*** могут быть сформулированы следующим образом.

Страдает ли потерпевший или свидетель психическим заболеванием?

Может ли он по психическому состоянию воспринимать обстоятельства дела и давать о них правильные показания?

Не обнаруживает ли он патологической склонности к фантазированию и псевдологии?

Мог ли потерпевший понимать характер и значение совершаемых действий?

Имеются ли у потерпевшего какие-либо личностные особенности, которые оказали влияние на его поведение в криминальной ситуации?

Мог ли потерпевший по психическому состоянию оказывать сопротивление в криминальной ситуации?

По своему психическому состоянию в настоящее время может ли потерпевший участвовать в судебно-следственных действиях?

**3.3 Судебно-психиатрическая экспертиза осужденных**

**Пенитенциарная психиатрия** — отрасль судебной психиатрии, целью которой является оказание необходимой помощи лицам с психическими расстройствами в местах лишения свободы. ***В ее задачи входит:***

1) выявление лиц с психическими расстройствами среди подследственных и осужденных;

2) проведение необходимых лечебных мероприятий;

3) психиатрическое наблюдение за ними;

4) оказание помощи администрации в выборе соответствующего режима и вида трудоустройства;

5) применение адекватных воспитательных мер для лиц с психическими нарушениями,

6) решение вопроса о тяжести психических расстройств и возможности дальнейшего отбывания наказания.

***Важной задачей,*** стоящей перед пенитенциарной психиатрией является регламентированное УК РФ лечение лиц, которые во время совершения преступления были вменяемыми, но в силу психического расстройства не могли в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими (ст. 22 УК РФ).

Кроме того, пенитенциарная медицинская служба осуществляет назначенное судом принудительное лечение алкоголизма и наркомании осужденных в соответствии с п. 2 ч. 1 ст. 97 УК РФ.

***Объем психиатрической помощи*** в местах лишения свободы расширился за счет лиц, которым судом может назначаться наказание в сочетании с принудительным лечением согласно ч. 2 ст. 22 УК РФ. При этом принудительная мера медицинского характера таким осужденным может назначаться в виде амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра (ч. 2 ст. 99,104 УК РФ).

***Принудительное амбулаторное лечение*** предусмотрено в отношении осужденных, нуждающихся в лечении от алкоголизма и наркомании. Статья 104 УК РФ предусматривает, что эти принудительные меры медицинского характера исполняются по месту отбывания лишения свободы.

***Прекращение применения принудительной меры*** медицинского характера, соединенной с исполнением наказания, производится судом по представлению органа, исполняющего наказание, на основании заключения комиссии врачей-психиатров.

Закон устанавливает психиатрическое освидетельствование осужденных, вызывающих сомнение в их психическом здоровье. Экспертизу назначают органы дознания, следствие и суд, а освидетельствование осуществляется по предложению администрации ИТУ и проводится врачебными комиссиями, создаваемыми обычно медицинской службой этих учреждений.

Если осужденные во время пребывания наказания совершают те или иные противоправные действия, то в этом случае назначается судебно-психиатрическая экспертиза по определению их вменяемости.

Если же лицо осужденное заболело в местах лишения свободы и есть подозрение на психическое заболевание, то в этом случае назначается психиатрическое освидетельствование.

Какие вопросы решает комиссия, в состав которой входит психиатр при освидетельствовании осужденных?

Страдает ли данное лицо каким либо психическим заболеванием?

Носит ли данная болезнь стойкий, хронический характер или является временной и можно ожидать выздоровления?

Нуждается ли данное лицо в мерах медицинского характера?

Если устанавливается, что душевная болезнь, которой страдает осужденный является хронической, то суд по представлению администрации ИТУ на основании заключения врачебной комиссии вправе вынести определение об его освобождении от дальнейшего отбывания наказания.

Если же комиссия устанавливает наличие временной душевной болезни, то осужденный отправляется на лечение, а по выздоровлении продолжает отбывать наказание (ч. 4 ст. 81 УК РФ). Время пребывания в медицинском учреждении засчитывается в срок наказания (ст. 103 УК РФ). Если при этом комиссия признает, что болезнь имела место в момент правонарушения, а суд не учел этого обстоятельства, то тогда органы надзора ставят вопрос об отмене приговора и пересмотре дела. В таких случаях назначается уже судебно-психиатрическая экспертиза, решающая вопрос о вменяемости.

**3.4 Принудительные меры медицинского характера**

В случаях, когда психически больной совершил правонарушение в невменяемом состоянии и представляет общественную опасность или преступник после совершения преступления заболел психически, в отношении таких лиц применяются меры медицинского характера.

УПК РФ предусматривает, что производство о применении принудительных мер медицинского характера, указанных в части первой статьи 99 Уголовного кодекса Российской Федерации, осуществляется в отношении лица, совершившего запрещенное уголовным законом деяние в состоянии невменяемости, или лица, у которого после совершения преступления наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение наказания или его исполнение. Принудительные меры медицинского характера назначаются в случае, когда психическое расстройство лица связано с опасностью для него или других лиц либо возможностью причинения им иного существенного вреда. (ст. 433 УПК РФ).

**Принудительные меры медицинского характера** не отражают суть уголовной ответственности. Они не преследуют цель исправления осужденного и не предполагают те правоограничения, которые сопряжены с уголовной ответственностью. В основу их реализации положена цель излечения лица или улучшения его психического состояния, а также предупреждения совершения им новых деяний, предусмотренных статьями Особенной части УК (ст. 98 УК РФ). Характер и продолжительность применения принудительных мер медицинского характера определяются, в основном, не тяжестью содеянного, а спецификой заболевания лица. Да и срок такого лечения зависит от характера заболевания. К тому же принудительные меры медицинского характера применимы к лицам, совершившим общественно опасные деяния в состоянии невменяемости, а к таким лицам уголовная ответственность неприменима.

Законом предусмотрено (ст. 99 УК РФ), что указанным лицам суд может назначить следующие ***виды принудительных мер медицинского характера:***

1) амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра;

2) принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа;

3) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа;

4) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Лицам, осужденным за преступления, совершенные в состоянии вменяемости, но нуждающимся в лечении психических расстройств, не исключающих вменяемости, суд наряду с наказанием может назначить принудительную меру медицинского характера в виде амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра.

**Принудительное лечение.**

Оно может быть назначено и отменено только судом на основании соответствующих врачебных заключений. Порядок назначения принудительных мер предусмотрен ст. 97 УК РФ. Статья 99 УК РФ в качестве таких мер предусматривает помещение в психиатрические стационары общего типа, специализированного типа и специализированного типа с интенсивным наблюдением. Продолжительность принудительного лечения определяется психическим состоянием больного, особенностями течения заболевания. Поэтому суд не устанавливает сроков принудительного лечения.

Администрация больницы поднимает вопрос о прекращении принудительного лечения в случае полного излечения больного, или при таком изменении состояния, когда прежняя опасность больного полностью исчезает. Переосвидетельствование осуществляется не реже, чем через 6 месяцев врачебными комиссиями (ст. 102 ч. 2 УК РФ).

Изменение или прекращение принудительной меры медицинского характера осуществляется судом в случае такого изменения психического состояния лица, при котором отпадает необходимость в применении ранее назначенной меры либо возникает необходимость в назначении иной принудительной меры медицинского характера.

В случае прекращения применения принудительного лечения в психиатрическом стационаре суд может передать необходимые материалы в отношении лица, находившегося на принудительном лечении, органам здравоохранения для решения вопроса о его лечении или направлении в психоневрологическое учреждение социального обеспечения в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации о здравоохранении.

**Лечение на общих основаниях.**

Оно осуществляется в случае прекращения прокурором уголовного дела в отношении невменяемого лица, когда это лицо по характеру совершенного им деяния и по своему болезненному состоянию не представляет опасности для общества и не нуждается в принудительном лечении

**4. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе**

**4.1 Понятие недееспособности. Критерии недееспособности**

В практике судебно-психиатрической экспертизы освидетельствование на предмет определения дееспособности (экспертиза по гражданским делам) встречается реже, чем решение вопроса о вменяемости. Тем не менее, этот вид экспертизы имеет особо важное значение, поскольку направлен на защиту гражданских прав и интересов лиц с психическими расстройствами — участников гражданского процесса. Это могут быть иски о признании сделки недействительной, о возмещении причиненного вреда, дела о признании брака недействительным или о расторжении брака, судебные споры о воспитании детей при наличии у одного из супругов психического заболевания.

Неотъемлемой частью гражданского законодательства является вопрос о правоспособности. Согласно действующему закону, правоспособность граждан рассматривается как их способность иметь гражданские права и обязанности, она признается в равной мере за всеми гражданами с момента их рождения и сохраняется за ними на протяжении всей жизни, независимо от их возможности лично осуществлять права (ст. 17 ГК РФ).

**Понятие правоспособности** тесно связано с понятием дееспособности. Под дееспособностью закон понимает способность гражданина своими действиями приобретать и осуществлять гражданские обязанности и исполнять их (ст. 21 ГК РФ).

**Гражданская дееспособность** в полном объеме возникает с наступлением совершеннолетия, т. е. по достижении 18-летнего возраста. Связывая возникновение дееспособности в полном объеме с наступлением совершеннолетия, закон исходит из того, что именно с этого возраста человек достигает психической зрелости и приобретает тот жизненный опыт, который позволяет психически здоровому человеку правильно понимать и регулировать свои действия.

**Критерии недееспособности**, которыми руководствуется суд и применительно к которым должны давать заключения судебно-психиатрические эксперты, сформулированы в ст. 29 ГК РФ. Согласно положениям этой статьи, гражданин, который вследствие психического расстройства не может понимать значения своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным.

**Недееспособность** включает в себя два критерия: ***медицинский*** — психическое расстройство и ***юридический*** (психологический) — невозможность понимать свои действия или руководить ими. В свою очередь психологический критерий определяется сочетанием двух компонентов: интеллектуального (понимать значение своих действий) и волевого (руководить своими действиями). Для признания недееспособным лица с психическими расстройствами необходимо наличие и медицинского и психологического критериев. Признание гражданина недееспособным — исключительная прерогатива суда в порядке, предусмотренным Гражданским процессуальным кодексом.

**4.2 Отличие понятий недееспособности и невменяемости**

Хотя понятия недееспособности и невменяемости имеют много общего, отождествлять их нельзя. Вопрос о вменяемости возникает лишь при совершении общественно опасного деяния, предусмотренного уголовным законом, и относится к конкретному поступку субъекта, происшедшему в определенный промежуток времени. Недееспособность и невменяемость совпадают при установлении у него хронического психического заболевания, влекущего за собой стойкие и выраженные изменения психической деятельности.

Наиболее полный и конкретный перечень патологических состояний содержится в критерии невменяемости. Критерий недееспособности утрачивает понятие временных психических расстройств и иных болезненных состояний, что связанно с прогностическим смыслом недееспособности, необходимостью учреждения опеки, изменения гражданского статуса лица. Очевидно. что временные расстройства не влекут за собой таких мер. А если в этом болезненном периоде совершен тот или иной гражданский акт, то экспертный вопрос может решатся применительно ст. 56 Гражданского Кодекса РСФСР. Иные болезненные состояния, под которыми обычно понимают психопатии, как правило, также не обнаруживают глубоких сдвигов, которые требовали бы учреждения опеки.

Устанавливая невменяемость испытуемого, эксперты обязаны указать в своем заключении, в каких мерах медицинского характера нуждается лицо в зависимости от его психического состояния. Гражданское законодательство не предусматривает возможности применения медицинских мер к истцам и ответчикам.

Когда решается вопрос о вменяемости, то вывод может быть только однозначным — вменяем или невменяем. Гражданское же законодательство предусматривает частичную недееспособность.

**4.3 СПЭ по различным категориям дел в гражданском процессе**

**Главные вопросы**, которые ставятся в гражданском процессе, сводятся к выяснению дее- недееспособности и нуждаемости лица в учреждении над ним опеки, а также к решению вопроса о психическом состоянии лица в момент совершения им той или иной сделки.

1. Наиболее часто судебно-психиатрическая экспертиза назначается для определения психического состояния лица, когда решается вопрос о признании его недееспособным вследствие психического расстройства с целью учреждения над ним опеки (ст. 260 ГПК РФ). При этом эксперты должны решить вопрос о наличии психического расстройства и о влиянии его на способность подэкспертного понимать значение своих действий или руководить ими. Не все психические расстройства обусловливают недееспособность, а только такие расстройства, которые достаточно выражены, значительно снижают критическое отношение к окружающему и собственной личности, искажают оценку реальных событий и своего состояния, нарушают поведение, препятствуют поддержанию адекватного контакта с действительностью и лишают больных возможности принимать осознанные решения.

2. Следующей категорией дел, по которым назначается судебно-психиатрическая экспертиза, являются дела о признании имущественной сделки недействительной. Иски о признании недействительной той или иной сделки подаются в суды при оспариваний договоров купли или продажи, обмена жилой площади, актов дарения.

Гражданское право признает ***недействительной сделку***, совершенную гражданином, признанным недееспособным. Согласно ст. 171 ГК РФ, ничтожна сделка, совершенная гражданином, признанным недееспособным, вследствие психического расстройства. Каждая из сторон такой сделки обязана возвратить другой все полученное в натуре, а при невозможности возвратить полученное в натуре возместить его стоимость в деньгах. Эксперты должны также оценивать психическое состояние и глубину психических расстройств у лиц, которые, хотя и были дееспособными, но в период совершения сделки не могли понимать значение своих действий или руководить ими. Как видно из ст. 177 ГК РФ, сделка, совершенная гражданином, хотя и дееспособным, но находившимся в момент ее совершения в таком состоянии, когда он не был способен понимать значение своих действий или руководить ими, может быть признана судом недействительной по иску этого гражданина либо иных лиц, чьи права или охраняемые законом интересы нарушены в результате ее совершения. При этом, поскольку период совершения сделки ограничен точными временными границами, при производстве этого рода судебно-психиатрических экспертиз необходимо как можно более точно установить время начала психического расстройства, решить вопрос о том, насколько была выражена болезненная симптоматика. Основная экспертная задача — лишали ли человека эти психические расстройства способности в то время понимать значение своих действий или руководить ими. В практике судебно-психиатрической экспертизы бывают такие случаи, когда психические расстройства возникали уже после совершения тех или иных сделок, в таких случаях гражданские акты считаются действительными.

3. Дела о признании брака недействительным. Согласно ст. 14 СК РФ, не допускается заключение брака с лицом, признанным судом недееспособным.

Поскольку закон предусматривает в числе оснований признания брака недействительным отсутствие взаимного согласия лиц, которые вступают в брак, то брак может быть признан недействительным и в тех случаях, когда согласие на его заключение было дано лицом, которое в момент регистрации брака вследствие психического расстройства не могло понимать значения своих действий или руководить ими (ст. 28 ч. 1 СК РФ). В указанных случаях суд для рассмотрения дела по существу, с целью определения психического состояния лица, назначает судебно-психиатрическую экспертизу. Проводя судебно-психиатрическую экспертизу, необходимо установить, страдал ли человек в момент вступления в брак психическим расстройством, было ли это психическое расстройство столь выраженным, что оно лишало этого человека возможности понимать значение своих действий или руководить ими.

4. Дела о расторжении брака. Само по себе наличие у одного или обоих супругов психического расстройства не является основанием для расторжения брака. Однако при выяснении вопроса о наличии или отсутствии оснований к расторжению брака суд учитывает, в числе прочих, также особенности психического расстройства у одного или обоих супругов, если эти особенности могут препятствовать их дальнейшей совместной жизни.

Если один из супругов, страдающий психическим расстройством, признан судом недееспособным, то расторжение с ним брака производится по заявлению другого супруга в органах ЗАГСа (ст. 19 СК РФ). В тех случаях, когда имеются разногласия по поводу имущества или детей, споры рассматриваются в суде. Таким образом, при расторжении брака лицо с психическим расстройством может быть направлено на судебно-психиатрическую экспертизу для решения вопроса о способности понимать значение своих действий или руководить ими.

5. Судебно-психиатрическая экспертиза может быть назначена при рассмотрении судами споров об ограничении родительских прав или об отобрании ребенка. Согласно ст. 73 СК, ограничение родительских прав допускается, если оставление ребенка с родителями опасно для него по обстоятельствам, от родителей не зависящим. Этим обстоятельством может являться психическое расстройство одного или обоих родителей. В случаях, если существует непосредственная угроза жизни или здоровью ребенка, закон допускает и его отобрание (ст. 77 СК).

6. Психическое состояние подэкспертного и его способность или неспособность вследствие психического расстройства понимать значение своих действий или руководить ими устанавливаются психиатрами-экспертами по делам о нарушении обязательств — на момент неисполнения либо ненадлежащего исполнения обязательств. Признание ответчика неспособным понимать значение своих действий или руководить ими означает отсутствие вины как условия ответственности за нарушение обязательств.

7. Судебно-психиатрические экспертизы могут проводиться по делам, возбуждаемым в рамках гражданского судопроизводства по жалобам граждан на действия специалистов, принимающих участие в оказании психиатрической помощи. Как правило, это дела по поводу применения тех или иных видов психиатрической помощи без согласия граждан, а также по поводу установления ограничений на выполнение отдельных видов деятельности.

В соответствие со ст. 47 Закона РФ о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании, обжалованию подлежат действия специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи, ущемляющие права или законные интересы граждан. По смыслу этой статьи, предметом рассмотрения суда не может являться сам по себе диагноз психического заболевания. Закон не рассматривает диагноз как фактор, способный ущемить права или законные интересы гражданина. Диагноз заболевания — это медицинская категория, не имеющая самостоятельного правового значения. Только в тех случаях, когда на основании установленного врачами диагноза предпринимаются действия, ограничивающие свободу личности, ущемляющие ее права и законные интересы, суд, рассматривая иск по поводу этих действий, будет вынужден затронуть и вопрос диагноза, но только как одну из предпосылок к их совершению.

При рассмотрении таких вопросов суд, не обладающий специальными познаниями в области психиатрии, может прибегнуть к судебно-психиатрической экспертизе. Вероятны при этом вопросы об обоснованности проведенного психиатрического освидетельствования, об обоснованности госпитализации в психиатрическую больницу без согласия лица или его законного представителя, об обоснованности недобровольного содержания в психиатрической больнице, об обоснованности проведения лечения без согласия пациента, об обоснованности установления диспансерного наблюдения, об обоснованности ограничений в выполнении отдельных видов профессиональной деятельности или деятельности, связанной с источником повышенной опасности.

В зависимости от характера гражданского дела, рассматриваемого судом, перед экспертами формулируются и соответствующие вопросы.

Если суд рассматривает вопрос об обоснованности проведенного психиатрического освидетельствования (ст. 23 Закона о психиатрической помощи), то перед психиатрами-экспертами правомерно могут быть поставлены вопросы о том, страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждался ли он в психиатрическом освидетельствовании. При этом следует учесть, что психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя в тех случаях, когда имеются данные о совершении обследуемым действий, дающих основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства. ***В свою очередь, психическое расстройство должно обусловливать:***

а) непосредственную опасность для себя или окружающих,

б) беспомощность, т. е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности,

в) существенный вред здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Рассматривая заявление об обоснованности госпитализации в психиатрическую больницу без согласия больного или его законного представителя, суд вправе поставить перед экспертом вопрос о том, страдал ли больной тяжелым психическим расстройством, которое обусловливало перед госпитализацией его непосредственную опасность для себя или окружающих, или его беспомощность, или существенный вред его здоровью.

В случаях, когда больные оспаривают в суде установление над ними наблюдения в психоневрологических диспансерах, эксперты должны, прежде всего, ответить на вопрос о том, страдает ли лицо каким-либо психическим расстройством и страдало ли им на момент принятия врачебной комиссией решения об установлении диспансерного наблюдения. Самого факта наличия психического расстройства недостаточно. Необходимо еще установить качество этого расстройство, т. е. оценить его с точки зрения присутствия таких критериев, как "хроническое или затяжное с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями". Важно установить, нуждалось ли лицо в период принятия оспариваемого решения в установлении диспансерного наблюдения.

Суды вправе поставить экспертные задачи и при рассмотрении дела, связанного с ограничением выполнять тот или иной вид деятельности. В этих случаях необходимо установить факт наличия (отсутствия) психического расстройства, оценить его характер и выраженность, а также установить соответствие (несоответствие) психического расстройства утвержденному Правительством РФ перечню медицинских психиатрических противопоказаний к данному виду деятельности. Необходимо решить, препятствует ли данное расстройство, и если да, то каким образом, успешному или безопасному выполнению данного вида деятельности.

***Судебно-психиатрическая практика*** настоящего времени свидетельствует о росте посмертных судебно-психиатрических экспертиз по гражданским делам.

8. Заочная (посмертная судебно-психиатрическая экспертиза по гражданским делам назначается судом в тех случаях, когда лица, совершившие тот или иной оспариваемый гражданский акт, являются умершими. Обычно это споры о наследстве, когда возникает сомнение в психической полноценности завещателя; о договорах дарения или заключении браков, в результате которых возникают имущественные споры между наследниками покойного. Процедура назначения такой экспертизы проводится в соответствии с положениями гражданского и гражданско-процессуального кодексов. Причем в ГК РФ отсутствует понятие завещательной дееспособности, поэтому оценка психического состояния завещателя проводится применительно к положениям ст. 177 ГК РФ как односторонняя сделка.

***Посмертная экспертиза*** для решения вопроса о возможности лица понимать значение своих действий или руководить ими — вид экспертизы, при котором проводится анализ прошлых событий жизни и определяется психическое состояние лица к моменту оспариваемого гражданского акта. Подходы к диагностике при очной и при посмертной экспертизе идентичны. Они слагаются из сбора информации о больном, анализе этой информации и синтезе полученных сведений с определением ведущего синдрома, нозологической сущности заболевания и степени выраженности психопатологического процесса. Уже на этой основе решается вопрос о возможности лица при жизни (на момент составления завещательного распоряжения, договора дарения, совершения сделки или вступления в брак) правильно понимать значение своих действий или руководить ими.

**5. Правовые основы оказания психиатрической помощи в РФ**

**5.1 Правовые основания оказания психиатрической помощи**

***Правовым основанием*** для регулирования вопросов оказания психиатрической помощи является, принятый 2 июля 1992 г. Закон "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании".

**Психиатрическая помощь** включает в себя обследование психического здоровья граждан, диагностику психических расстройств, лечение, уход и медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами.

Психиатрическая помощь гарантируется государством и осуществляется на основе принципов законности, гуманности и соблюдения прав человека и гражданина. Диагноз психического расстройства ставится в соответствии с общепризнанными международными стандартами и не может основываться только на несогласии гражданина с принятыми в обществе моральными, культурными, политическими или религиозными ценностями, либо на иных причинах, непосредственно связанных с состоянием его психического здоровья.

Психиатрическую помощь оказывают получившие на это разрешение государственные, негосударственные психиатрические и психоневрологические учреждения и частнопрактикующие врачи-психиатры.

При оказании психиатрической помощи врач-психиатр независим в своих решениях и руководствуется только медицинскими показателями, врачебном долгом и законом. Врач-психиатр, мнение которого не совпадает с решением врачебной комиссии, вправе дать свое заключение, которое приобщается к медицинской документации.

Врачи-психиатры, иные специалисты, медицинский и другой персонал, участвующие в оказании психиатрической помощи, имеют право на льготы, установленные законодательством Российской Федерации для лиц, занятых деятельностью в особых условиях труда, а также подлежат обязательному государственному страхованию на случай причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей.

В случае причинения вреда здоровью, повлекшего временную утрату трудоспособности лица, участвующего в оказании психиатрической помощи, ему выплачивается страховая сумма в пределах его годового денежного содержания, в зависимости от тяжести причиненного ущерба. При наступлении инвалидности страховая сумма выплачивается в размере от годового до пятилетнего денежного содержания в зависимости от степени утраты трудоспособности лица, а в случае его смерти страховая сумма выплачивается его наследникам в размере десятикратного годового денежного содержания.

Психиатрическая помощь может быть оказана в добровольном (по просьбе или с согласия лица, страдающего психическим расстройством или его законного представителя) и недобровольном (принудительном порядке).

При добровольном обращении за психиатрической помощью отношения между гражданином-пациентом и учреждением (частнопрактикующим врачом) складываются на основании договора по оказанию медицинской помощи.

Лечение лица, страдающего психическим расстройством, проводится только после получения его письменного согласия. Несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет, а также лицу, признанному в установленном законом порядке недееспособным, психиатрическая помощь оказывается по просьбе или с согласия их законных представителей.

Психиатрическая помощь может осуществляться без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или ***без согласия его законного представителя в следующих случаях:***

1) при применении принудительных мер медицинского характера по основаниям предусмотренным УК РФ и УПК РФ;

2) при недобровольном психиатрическом освидетельствовании, диспансерном наблюдении, госпитализации по основаниям, предусмотренным Законом "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" (ст. 23, 29).

***Принудительные меры медицинского характера*** применяются по решению суда в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния, на основаниях и в порядке, установленных УК РФ и УПК РФ. Принудительные меры медицинского характера осуществляются в психиатрических учреждениях органов здравоохранения. Лица, помещенные в психиатрические стационары по решению суда о применении принудительных мер медицинского характера, пользуются правами пациентов психиатрических стационаров. Они признаются нетрудоспособными на весь период пребывания в психиатрическом стационаре и имеют право на пособие по государственному социальному страхованию или на пенсию на общих основаниях. Выписка пациента, к которому по решению суда применены принудительные меры медицинского характера, производится только по решению суда.

Недобровольное психиатрическое освидетельствование лица без его согласия может быть проведено в случаях, когда, по имеющимся данным, обследуемый находится на диспансерном наблюдении или совершает действия, дающие основание предполагать наличие у него тяжелого психиатрического расстройства, которое обусловливает:

1) его непосредственную опасность для себя или окружающих;

2) его беспомощность, т. е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;

3) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи (ст. 23 Закона "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании").

В этих случаях решение принимает врач-психиатр самостоятельно или с санкции судьи. Если лицо представляет непосредственную опасность для себя или окружающих, то заявление о недобровольном психиатрическом освидетельствовании может быть подано устно родственниками, врачом любой медицинской специальности, должностными лицами и иными гражданами, а решение принимается врачом-психиатром немедленно и оформляется записью в медицинской документации.

При отсутствии непосредственной опасности лица для себя и окружающих заявление о психиатрическом освидетельствовании в недобровольном порядке должно быть письменным, содержать подробные сведения, обосновывающие необходимость такого освидетельствования, и указание на отказ лица либо его законного представителя от обращения к врачу-психиатру.

Установив обоснованность заявления о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия, врач-психиатр направляет в суд по месту жительства лица свое письменное мотивированное заключение о необходимости такого освидетельствования и другие имеющиеся материалы. Судья решает вопрос о даче санкции в трехдневный срок с момента получения всех материалов. Действия судьи могут быть обжалованы в суд.

***Диспансерное наблюдение предполагает*** наблюдение за состоянием психического здоровья лица путем регулярных осмотров врачом-психиатром и оказание ему необходимой медицинской и медико-социальной помощи и устанавливается независимо от согласия в отношении лица, страдающего хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или частично обостряющимися болезненными проявлениями.

Решение вопроса о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается комиссией врачей-психиатров, назначаемой администрацией психиатрического учреждения, оказывающего амбулаторную психиатрическую помощь. Мотивированное решение врачей-психиатров оформляется записью в медицинской документации.

***Лицо страдающее психическим расстройством может быть госпитализировано*** в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до вынесения постановления суда по решению врача-психиатра, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обусловливает:

1) его непосредственную опасность для себя или окружающих;

2) его беспомощность, т. е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;

3) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи (ст. 29 Закона "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании").

Лицо, помещенное в психиатрический стационар по указанным основаниям, ***подлежит обязательному освидетельствованию*** в течении 48 ч комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения, которая принимает решение об обоснованности госпитализации. В случаях, когда госпитализация признается необоснованной и госпитализированный не выражает желания остаться в психиатрическом стационаре, он подлежит немедленной выписке.

Если госпитализация признается обоснованной, то заключение комиссии врачей-психиатров в течении 24 ч направляется в суд по месту нахождения психиатрического учреждения его представителем для решения вопроса о дальнейшем пребывании лица в нем.

Принимая заявления о госпитализации лица в психиатрический стационар и мотивированное заключение комиссии врачей-психиатров, судья одновременно дает санкцию на пребывание лица в психиатрическом стационаре на срок, необходимый для рассмотрения заявления в суде. Заявление рассматривается судьей в течении 5 дней с момента его принятия. Лицу должно быть предоставлено право лично участвовать в судебном рассмотрении вопроса о его госпитализации. Если по сведениям, полученным от представителя психиатрического учреждения, психическое состояние лица не позволяет ему лично участвовать в рассмотрении вопроса о его госпитализации в помещении суда, то заявление о госпитализации рассматривается судьей в психиатрическом учреждении. Участие в рассмотрении заявления прокурора, представителя психиатрического учреждения, ходатайствующего о госпитализации и представителя лица, в отношении которого решается вопрос о госпитализации, обязательно.

Рассмотрев заявление по существу, судья удовлетворяет либо отклоняет его. Постановление судьи об удовлетворении заявления является основанием для госпитализации и дальнейшего содержания лица в психиатрическом стационаре.

***Постановление судьи*** в десятидневный срок со дня вынесения может быть обжаловано лицом, помещенным в психиатрический стационар, его представителем, руководителем психиатрического учреждения, а также организацией, которой законом либо ее уставом предоставлена защита прав граждан, или прокурором.

Выписка пациента, госпитализированного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, производится по заключению комиссии врачей-психиатров или постановлению судьи об отказе в продлении такой госпитализации в случаях выздоровления или улучшения его психического состояния, при котором не требуется дальнейшего стационарного лечения, а также завершения обследования или экспертизы, явившихся основаниями для помещения в стационар.

**5.2 Права лиц, страдающих психическими расстройствами**

При оказании психиатрической помощи все пациенты имеют право на уважительное и гуманное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства. Психиатрическая помощь оказывается по возможности по месту жительства в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

***Гражданин имеет право*** на получение информации о своих правах, а также в доступной для него форме и с учетом его психического состояния информации о характере имеющегося у него психического расстройства, целях, методах, включая альтернативные, и продолжительности рекомендуемого лечения, а также о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. О предоставленной информации делается запись в медицинской документации. В психиатрическом стационаре администрация и медперсонал обязаны предоставить пациенту возможность ознакомиться с текстом закона "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", правилами внутреннего распорядка данного стационара, адресами и телефонами государственных и общественных органов, учреждений, организаций и должностных лиц, к которым можно обратиться в случае нарушения прав пациента.

Лицо, страдающее психическим расстройством, или его законный представитель имеют право отказаться от предлагаемого лечения или прекратить его, за исключением установленных в законе случаев. Лицу, отказывающемуся от лечения, должны быть разъяснены возможные последствия прекращения лечения. Отказ от лечения с указанием сведений о возможных последствиях оформляется записью в медицинской документации за подписью лица или его законного представителя и врача-психиатра. Пациенты могут отказаться от использования их в качестве объекта учебного процесса.

***Медицинские средства*** и методы применяются только в диагностических и лечебных целях в соответствии с характером болезненных расстройств и не должны использоваться для наказания лица, страдающего психическим расстройством, или в интересах других лиц.

Пациенты могут дать предварительное согласие и отказаться на любой стадии от использования в качестве объекта испытаний медицинских средств и методов, научных исследований. В отношении лиц, которые проходят психиатрическое лечение в недобровольном порядке, проведение испытаний медицинских средств и методов вообще не допускается.

***Не разрешается*** применение к лицам, которые проходят психиатрическое лечение в недобровольном порядке, хирургических и других методов, вызывающих необратимые последствия.

По требованию пациента возможно приглашение любого при наличии его согласия специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи, для работы во врачебной комиссии.

Гражданин, которому оказывается психиатрическая помощь, вправе пригласить по своему выбору представителя для защиты своих прав и законных интересов. Представительство несовершеннолетнего в возрасте до 15-ти лет и лица, признанного в установленном порядке недееспособным, осуществляют их родители, усыновители, опекуны, а в случае их отсутствия — администрация психиатрического стационара или психоневрологического учреждения для социального обеспечения или социального обучения. Защиту прав и законных интересов гражданина при оказании ему психиатрической помощи может осуществлять адвокат.

Сведения о наличии у гражданина психического расстройства, о фактах обращения за психиатрической помощью и лечения в учреждении, оказывающем такую помощь, а также иные сведения о состоянии психического здоровья являются врачебной тайной.

Администрация и медицинский персонал психиатрического стационара обязаны информировать родственников или законных представителей пациента, а также иное лицо по его указанию об изменениях состояния его здоровья и чрезвычайных происшествиях.

**5.3 Особые права и обязанности пациентов, находящихся в психиатрических стационарах**

Содержание в психиатрическом стационаре возможно только в течение срока, необходимого для обследования и лечения.

***Меры физического стеснения*** и изоляции при недобровольной госпитализации применяются только в тех случаях, формах и на тот период времени, когда, по мнению врача-психиатра, иными методами невозможно предотвратить действия госпитализированного лица, представляющие непосредственную опасность для него и окружающих. Такие меры осуществляются при постоянном контроле медицинского персонала. О формах и времени применения мер физического стеснения или изоляции делается запись в медицинской документации.

Все пациенты, находящиеся на лечении и обследовании в психиатрическом стационаре, вправе обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования, выписки из стационара и соблюдения их прав.

***Пациенты вправе подавать*** без цензуры жалобы и заявления в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуры, суда и адвокатуры, встречаться с адвокатом наедине.

Пациенту разрешено исполнять религиозные обряды, соблюдать религиозные каноны, в том числе пост, по согласованию с администрацией иметь соответствующую атрибутику и литературу, встречаться наедине со священнослужителем. Пациент имеет право выписывать газеты и журналы, получать образование по программе общеобразовательной или специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития, если пациент не достиг 18 лет. Если пациент участвует в производительном труде, то вознаграждение за труд он получает наравне с другими гражданами.

Пациенты психиатрического стационара имеют также права, которые, в отличие от перечисленных выше, могут быть ограничены по рекомендации лечащего врача, заведующим отделением или главным врачом, в интересах здоровья или безопасности пациентов и других лиц.

***Это следующие права:***

1) вести переписку без цензуры;

2) получать и отправлять посылки, бандероли и денежные переводы;

3) пользоваться телефоном;

4) принимать посетителей;

5) иметь и приобретать предметы первой необходимости;

6) пользоваться собственной одеждой.

Ограничение прав и свобод (дискриминация) лиц, страдающих психическими расстройствами, только на основании психиатрического диагноза, фактов нахождения под диспансерным наблюдением в психиатрическом стационаре либо в психоневрологическом учреждении для социального обеспечения или специального обучения не допускается.

Однако в порядке вынужденного исключения из этого правила вследствие психического расстройства гражданин может быть временно (на срок не более 5 лет и с правом последующего переосвидетельствования) признан непригодным к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности, связанных с источником повышенной опасности. Такое решение принимается врачебной комиссией, уполномоченной на то органом здравоохранения, на основании оценки состояния психического здоровья гражданина в соответствии с перечнем медицинских психиатрических противопоказаний.

***Общими медицинскими психиатрическими противопоказаниями*** для указанных в перечне работ и видов профессиональной деятельности являются хронические и затяжные психические расстройства с тяжелыми стойкими и часто обостряющимися болезненными проявлениями.

Надзор за соблюдением законности при оказании психиатрической помощи осуществляется прокуратурой.

Действия медицинских работников, иных специалистов, работников социального обеспечения и образования, врачебных комиссий, ущемляющие права и законные интересы граждан при оказании психиатрической помощи, могут быть обжалованы по выбору лица, приносящего жалобу, непосредственно в суд, а также в вышестоящий орган или прокуратуру.

**Раздел II. Общая психопатология**

**6. Понятие о психическом заболевании**

**6.1 Понятие, этиология и патогенез психических заболеваний**

Развитие психиатрии в последнее время связано с ростом ряда биологических наук — анатомии, физиологии центральной нервной системы, патологической анатомии, физиологии, биохимии и др.

Важный этап в эволюции психиатрических знаний относится к середине XIX столетия, когда было установлено, что психические болезни — это болезни головного мозга. В дальнейшем положение о том, что душевные расстройства обусловлены заболеванием центральной нервной системы несколько видоизменилось, поскольку было установлено важное значение для психики общего состояния организма.

**Психическое заболевание** — результат сложных и разнообразных нарушений деятельности различных систем организма человека, с преимущественным поражением головного мозга, основными признаками которого являются расстройства психических функций, сопровождающиеся нарушением критики и социальной адаптации.

Этиология большинства психических болезней остается в значительной мере неизвестной. Неясно соотношение в происхождении большинства психических болезней наследственности, внутренне обусловленных особенностей организма и вредностей окружающей среды, иначе говоря, эндогенных и экзогенных факторов. Патогенез психозов также исследован лишь в общем виде. Изучены основные закономерности грубой органической патологии головного мозга, воздействие инфекций и интоксикаций, влияние психогенных факторов. Накоплены существенные данные о роли наследственности и конституции в возникновении психических заболеваний.

Какой-либо одной причины, вызвавшей психические болезни, нет и не может существовать. Они бывают врожденными и приобретенными, полученными в результате травматических повреждений головного мозга или вследствие перенесенных инфекций, обнаруживаются в самом раннем или преклонном возрасте. Одни из причин уже выяснены наукой, другие пока еще точно не известны. Рассмотрим основные из них.

Внутриутробные травмы, инфекционные и другие болезни матери во время беременности, и как следствие, — "уродства" новорожденного. В результате нервная система и в первую очередь головной мозг формируются неправильно. У некоторых детей происходит отставание в развитии, а иногда и непропорциональный рост мозга.

Наследственные факторы, обусловленные неправильным расхождением хромосом. В частности, нерасхождение 21-й хромосомы вызывает болезнь Дауна. Современная генетика считает, что информация, определяющая строение организма, заключена в хромосомах — образованиях, имеющихся в каждой живой клетке. В клетках организма у человека 23 пары хромосом. Аномалии в системе 21-й пары и являются причиной болезни Дауна. Однако, в подавляющем большинстве случаев речь идет о наследственной предрасположенности к психическим заболеваниям.

***Поражение головного мозга*** вследствие перенесенной черепно-мозговой травмы, нарушения мозгового кровообращения, прогрессирующего склероза сосудов мозга и других болезнях. Перенесенные в любом возрасте контузии, ранения, ушибы, сотрясения мозга могут привести к психическим нарушениям. Они проявляются либо сразу же, непосредственно после травмы (психомоторное возбуждение, потеря памяти и др.), либо спустя какое-то время (в виде различных отклонений, в том числе и судорожных припадков).

***Инфекционные заболевания*** — сыпной и брюшной тиф, скарлатина, дифтерия, корь, грипп и, особенно, энцефалиты и менингиты, сифилис, поражающие в первую очередь головной мозг и его оболочки.

***Действие токсических, ядовитых веществ***. Это прежде всего алкоголь и другие наркотики, злоупотребление которыми может привести к возникновению психических расстройств. Последние могут возникать при отравлении промышленными ядами (тераэтилсвинец), при неправильном употреблении лекарственных препаратов (большие дозы акрихина и т. д.).

***Социальные потрясения и психотравмирующие переживания***. Психическая травматизация может быть острой, чаще связанной с непосредственной угрозой жизни и здоровью заболевшего или его близких, а также хронической, касающейся наиболее значимых и тяжелых для данной личности сторон (честь, достоинство, социальный престиж и т. д.). Этим так называемым реактивным психозам свойственна четкая причинная зависимость, "звучание" волнующей темы во всех переживаниях больного и относительная кратковременность.

Многочисленные исследования показали, что на психическое состояние человека влияют также тип личности, индивидуальные черты характера, уровень интеллекта, профессия, внешняя среда, состояние здоровья и даже ритмичность естественных отправлений.

В большинстве случаев в психиатрии принято деление заболеваний на "эндогенные", т. е. возникшие, исходя из внутренних причин (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз), и "экзогенные", спровоцированные воздействием окружающей среды. Причины последних выглядят более очевидными. Патогенез большинства психических болезней может быть представлен только на уровне гипотез.

**6.2 Частота возникновения, классификация, течение, прогноз и исход психических заболеваний**

В наши дни психически больных во многих странах Европы и Северной Америки больше, чем больных раком, туберкулезом и сердечно сосудистыми заболеваниями, вместе взятых.

Кроме того, на каждого пациента психоневрологической лечебницы (по данным ЮНЕСКО) за стенами медицинских учреждений приходится два человека с теми или иными психическими недостатками. Этих людей нельзя госпитализировать — они "недостаточно больны", но и жить здоровой психически жизнью они не могут.

В США психические заболевания являются одной из серьезных национальных проблем. По подсчетам Федеральной службы здравоохранения, каждый шестнадцатый человек в Америке находится некоторое время на лечении в психиатрической больнице, а по сообщению Национальной ассоциации по борьбе с психическими заболеваниями, один из десяти жителей США "страдает какой-либо формой психического или нервного заболевания (от легкого до тяжелого), требующего обращения к психиатру".

Несмотря на огромные сложности статистических исследований, связанные с неодинаковым использованием в разных странах методов подсчета, своеобразием понимания отдельных форм заболеваний, различными возможностями выявления психических больных и т. д., имеющиеся цифры дали основание предполагать, что в целом в мире насчитывается не менее 50 миллионов психически больных, что представляет примерно 17 человек на каждую тысячу населения.

По данным ГНЦСиСП им. В.П.Сербского, в Российской Федерации в последние годы распространенность нервно-психических нарушений среди населения составляет около 25 %.

Психически больными лицами совершается более 100 общественно опасных деяний в год, из которых около 30 % — тяжкие правонарушения.

В большинстве отечественных классификаций психических болезней неизменно приводятся ***три основных вида патологии психики***:

1) эндогенные психические болезни, в возникновении которых участвуют экзогенные факторы;

2) экзогенные психические болезни, в возникновении которых участвуют эндогенные факторы;

3) состояния, обусловленные патологией развития.

Клинические картины психических заболеваний не являются постоянными. Они изменяются с течением времени, причем степень изменений и темп этой динамики могут быть различны. Изменение клинической картины болезни, состояния больного имеют большое судебно-психиатрическое значение, так как экспертам важно знать, каковы были болезненные проявления психики во время совершения правонарушения, в период следствия или экспертизы. Эксперты должны учитывать также дальнейшее течение болезни, ее прогноз, что важно при решении вопроса о назначении и отмене мер медицинского характера, при освидетельствовании осужденных,

Существуют психические заболевания, которые быстро развиваются, длятся непродолжительное время и заканчиваются полным выздоровлением (некоторые алкогольные психозы, острые психозы при общих инфекционных заболеваниях, острые реактивные состояния).

Другие заболевания отличаются длительным течением, причем многие из них характеризуются постепенным нарастанием психических нарушений ("хронические душевные болезни").

Заболевание может протекать непрерывно с постепенным нарастанием психических нарушений и приводить к необратимому дефекту психики, к приобретенному в результате болезни слабоумию. В другом случае течение заболевания может быть прерывистым, с периодами улучшения и повторными острыми приступами болезни, после которых психические нарушения становятся все более тяжелыми. Однако, это не значит, что во всех случаях обязательно развивается слабоумие, тяжелая психическая инвалидность. Прогрессирующие психические болезни могут и не приводить к слабоумию, а вызывать лишь своеобразные и притом нерезко выраженные изменения личности и характера человека, когда сохраняется упорядоченное поведение больного и его трудоспособность. При этих заболеваниях могут наступать длительные периоды улучшения и выздоровление, особенно на фоне лечения.

**6.3 Понятие о симптомах и синдромах психических заболеваний**

Как указывалось ранее, ***психиатрия разделяется на два основных раздела*** — общую психопатологию и частную психиатрию.

Частная психиатрия изучает отдельные психические заболевания, их клинические проявления, причины, механизмы развития, диагностику и лечение.

**Общая психопатология** — это раздел психиатрии, цель которого — изучение общих закономерностей и природы психических расстройств. Общая психопатология изучает отдельные симптомы и симптомокомплексы, или синдромы, которые могут наблюдаться при разных психических заболеваниях.

Исследование психического состояния, т. е. оценка психопатологической картины, представляет собой сложный процесс — от оценки явных признаков до познания сущности расстройства, которое не может быть воспринято непосредственно, а определяется в результате наблюдения и обобщения признаков и построения на этой основе логического вывода. Выделение отдельного признака — симптома — является также многоступенчатым процессом, в котором существенное место занимает объединение его с другими близкими по своей внутренней структуре признаками. В связи с этим необходимо рассмотреть соотношение понятий "симптом" и "синдром".

**Основная единица общей психопатологии** — синдром — закономерное сочетание отдельных симптомов, представляющий собой своеобразную интеграцию предшествовавшего течения заболевания и содержащий признаки, позволяющие судить о дальнейшей динамике состояния и заболевании в целом. Отдельный симптом не может, несмотря на свою значимость, считаться психопатологической единицей, так как он приобретает значение только в совокупности и взаимосвязи с остальными симптомами — в симптомокомплексе, или в синдроме. Симптомы заболевания — это отдельные признаки болезни (температура, боль, тошнота, рвота). При разных заболеваниях встречаются одни и те же симптомы, которые, сочетаясь, образуют однородные группы — симптомокомплексы, или синдромы.

Совокупность симптомов и синдромов, наблюдаемых в динамике, складываются в клиническую картину заболевания, которая, с учетом этиологии (причин), течения, исхода и патологической анатомии образует отдельные, так называемые нозологические единицы болезней. Нарушения психики больного человека могут затрагивать процессы восприятия, мышления, воли, памяти, сознания, влечений, эмоций. Эти нарушения встречаются у больных в различных сочетаниях и только комплексно.

**7. Рецепторные расстройства, нарушения ориентировки, восприятия, памяти у психически больных**

**7.1 Рецепторные расстройства. Расстройства ориентировки**

К рецепторным расстройствам относят наиболее элементарные ***симптомы психических болезней***:

1) гиперестезии — повышение восприимчивости к внешним раздражениям, нейтрально воспринимаемым человеком в нормальном состоянии; тогда свет кажется чересчур ярким, звуки — оглушительно громкими, прикосновения — грубыми, хотя на деле интенсивность раздражителя не превышает обычных, привычных для организма порогов, гипестезии, когда чувствительность, напротив, понижается, объекты кажутся бесформенными, тусклыми, звуки утрачивают интонацию;

2) сенестопатии — неприятные, тягостные неопределенные ощущения, исходящие из различных частей тела — жжение, щекотание, стягивание, давление, не имеющие под собой реальных причин;

3) метаморфопсии — изменение восприятия величины и формы предметов и пространства, например, потолок в комнате кажется наклоненным, либо улица выглядит бесконечно длинной, также могут изменяться размеры частей своего тела;

4) дереализация — сложный по природе симптом, заключающийся в чувстве призрачности окружающего, когда мир видится "словно через сетку", "словно во сне", чувство действительности утрачивается; к этому состоянию близки понятия "уже виденного" и "никогда не виденного", когда впервые увиденный объект кажется до боли знакомым, либо наоборот;

5) олицетворенное осознавание — чувство, будто в помещении, где больной находится один, кто-то присутствует, с одновременным ощущением ошибочности этого чувства;

6) расстройство осознавания времени (ускорение, замедление, полное отсутствие);

7) расстройство апперцепции — невозможность устанавливать связи между явлениями и понимать смысл происходящего.

Расстройства ориентировки во времени, в данной ситуации, в месте, в собственной личности:

1) растерянность (аффект недоумения) — неприятное непонимание своего состояния, которое осознается как необычное (в таком состоянии больной допытывается, "Что про-изошло? Что со мной случилось?");

2) деперсонализация — расстройство осознания собственной личности, ощущение чуждости своих мыслей, чувств, поступков вплоть до ощущения их "сделанности", искусственного привнесения извне, в качестве продукта чьей-то воли и вплоть до утраты самосознания.

**7.2 Расстройства восприятия**

**Познание** — это отражение человеком окружающего внешнего мира. Различают чувственное, непосредственное познание, которое составляет наши ощущения, восприятия, представления и абстрактное познание, когда мир познается при помощи мышления в словесно оформленных понятиях и суждениях. При психических заболеваниях могут наблюдаться преимущественные нарушения каждого из указанных видов познания. Из различных, весьма вариабельных нарушений и расстройств познавательной деятельности мы остановимся на главных, наиболее часто встречающихся у психически больных, имеющих наибольшее значение в клинике психических заболеваний.

Человек воспринимает окружающий его мир и ориентируется в нем при помощи анализаторов. Раздражение анализаторов теми или иными предметами и явлениями внешнего мира обуславливает возникновение восприятий — отражения в нашем сознании предмета в целом.

***Виды расстройств восприятия:***

1) иллюзии — это искаженные восприятия реально существующих объектов. Иллюзии не всегда бывают результатом болезненного восприятия. Существуют физиологические иллюзии, свойственные психически здоровым людям и обусловленные законами живой и неживой природы.

Галлюцинации представляют собой мнимое восприятие. Это восприятие без объекта. По существу, галлюцинации — непроизвольное, интенсивно чувственное представление, которое проецируется в реальный мир и получает свойства объективной действительности. Галлюцинации практически не встречаются у здоровых и обычно свидетельствуют о наличии психического расстройства;

2) истинные галлюцинации различают по органам чувств:

**Слуховые галлюцинации** чаще встречаются в виде "голосов" (вербальные галлюцинации). Больной слышит слова, относящиеся к его действиям, мыслям. Голоса то угрожают, то укоряют в чем-нибудь, то руководят его поступками. Он слышит нашептывания, вступает с голосами в беседу, спорит с ними, закрывает уши руками, мимика больного отражает характер переживаний. В некоторых случаях галлюцинации появляются в момент засыпания и сопровождаются страхом. Особо следует отметить так называемые императивные (повелительные) галлюцинации, под влиянием которых больной может совершить внезапные и непонятные для окружающих поступки. Он подчиняется решительному приказанию автоматически. Слуховые галлюцинации чаще всего наблюдаются при шизофрении и при некоторых алкогольных психозах.

**Зрительные галлюцинации** встречаются реже других, они не столь продолжительны, как слуховые, которые могут продолжаться годами. Очень ярки бывают зрительные галлюцинации у алкоголиков при так называемой белой горячке. Им видятся звери, чудовища, черти, вещи преображаются, одна картина быстро сменяется другой.

**Тактильные галлюцинации** — неприятные ощущения, возникающие в коже или под кожей (щекотание, ползание, давление), соотносимое с определенными неодушевленными предметами (кристаллы, кусочки инородных тел), или живыми существами (насекомые, мелкие животные и т. п.), внешние признаки которых точно описываются больными (твердые, маленькие с длинными ножками и т. д.).

**Обонятельные и вкусовые галлюцинации** встречаются реже. При этом больные могут ощущать воздействие отравляющих газов, отвратительные, будто специально пущенные в комнату запахи. Особый привкус пищи убеждает больного в том, что к ней подмешан яд. В связи с этим наблюдается отказ от пищи, недоверие к окружающим, всякие предосторожности. Обонятельные галлюцинации проявляются и в том, что больные воспринимают запах, будто бы исходящий от них самих, из чего они заключают, что заживо разлагаются.

**Псевдогаллюцинации** — непроизвольные, обычно с ощущением сделанности или насильственности, восприятия, возникающие без наличия реального объекта, воспринимаемые как реально существующие, но все-таки "особые" образы, привнесенные с точки зрения больного "воздействием на него извне" чьей-то воли, как правило, локализованные вне доступности для органов чувств, например, зрительный образ за спиной, внутри головы.

Они могут быть чувственно яркими и конкретными, проецироваться вовне, хотя чаще существует интропроекция образов (локализуются больными не в объективном, а в субъективном пространстве — видится или слышится "мысленно", "умом", "внутренним оком" и т. п.).

В отличие от истинных галлюцинаций псевдогаллюцинации не отождествляются с реальными предметами, т. е. лишены характера объективной реальности. Вместе с тем критическое отношение к псевдогаллюцинациям отсутствует. Псевдогаллюцинации могут быть слуховыми, зрительными, обонятельными, вкусовыми, осязательными, общего чувства, со всеми присущими им особенностями (например, зрительные псевдогаллюцинации могут быть элементарными и сложными, бесцветными и окрашенными).

**Функциональные галлюцинации** по механизму возникновения занимают промежуточное положение между собственно галлюцинациями и иллюзиями. Появляются только при наличии реального внешнего раздражителя и продолжаются, не сливаясь с ним, раздельно, до тех пор, пока действует этот раздражитель. Больной реально слышит стук колес поезда и одновременно возникают слова "свинья, свинья, свинья", при остановке поезда эти слова исчезают.

**Гипнагогические галлюцинации** — видения или слуховые обманы, возникающие при закрытых глазах перед засыпанием или в дремотном состоянии.

**Гипнопомпические галлюцинации** — видения, реже слуховые обманы, возникающие в период пробуждения.

Судебно-психиатрическое значение расстройств восприятия заключается в том, что они нарушают правильное отношение к внешнему миру и могут вести к действиям, представляющим социальную опасность. Правда, это почти во всех случаях связано с бредовым толкованием действительности. Более самостоятельное значение имеют повелительные (императивные) галлюцинации. Они ведут к действиям, лишенным каких либо мотивов, даже бредовых.

**7.3 Расстройства памяти**

**Память** — психический процесс накопления, хранения и использования информации, воспринятой человеком в различные периоды жизни. ***Память бывает разного типа:***

1) эмоциональная — в виде запоминания чувств, вдохновения, радости, печали, ужаса;

2) двигательная — выражающаяся в запоминании различного рода движений;

3) образная, известная под названием зрительной, слуховой, вкусовой и тому подобных видов памяти, характеризующихся запечатлением образов предметов и явлений, воспринимаемых через различные органы чувств;

4) словесно-логическая память в виде запечатления и сохранения мысли, обозначенной словами.

Установлено, что у разных людей может в какой-то степени преобладать тот или иной тип памяти. Однако при этом словесно-логическая память у любого человека занимает ведущее положение.

**Расстройства памяти** — способности запоминать (фиксировать), хранить, воспроизводить произвольно в правильном порядке информацию, разнообразны.

**Гипермнезия** — усиление памяти по сравнению с нормой. Она может наблюдаться при некоторых состояниях повышенного самочувствия и деятельности у психически больных. Например, при маниакально-депрессивном психозе в маниакальной его фазе. Больные при этом способны к запоминанию и воспроизведению многочисленных фактов и событий жизни, порой незначительных. Они с поразительной легкостью фиксируют в своей памяти, хотя и ненадолго и беспорядочно, все, что попадает в зону их крайне неустойчивого и меняющего свой объект внимания. Без каких-либо затруднений, удивительно быстро и непринужденно, они могут вспомнить самые мелкие эпизоды и частные детали прошлого, демонстрируя богатство памяти и крайне облегченное пользование ею. При этом память лишена целеустремленности, поверхностна, случайна и не служит на пользу человеку. Гипермнезия может наблюдаться в клинике инфекционных психозов.

Противоположное явление — **гипомнезия** — ослабление памяти. Оно заключается в том, что человек утрачивает способность воспроизводить в памяти по своему усмотрению события, относящиеся к недавнему или отдаленному прошлому.

К другим не менее важным расстройствам памяти относится **амнезия** — отсутствие воспоминаний, пробелы в памяти, когда из нее полностью выпадают события, относящиеся к определенному периоду времени. Выделяют фиксационную амнезию — потерю способности запоминать, фиксировать текущие события, прогрессирующую амнезию — опустошение памяти, причем сначала забываются события недавнего прошлого, а затем более отдаленные (закон Рибо).

В ряде случаев амнезия охватывает строго ограниченный отрезок жизни больных. Так, например, после травмы головного мозга, сопровождающейся потерей сознания, больные обычно не помнят событий, следовавших непосредственно после травмы — антероградная амнезия. Наблюдения показывают, что такая амнезия распространяется не только на период бессознательного состояния, но также и на время, когда поведение больного может рассматриваться как совершенно нормальное. При травмах головного мозга, некоторых других заболеваниях, сильных стрессах наблюдается выпадение из памяти событий, предшествовавших травме. При этом выпадают события, охватывающие тот или иной отрезок времени (часы, дни и даже месяцы и годы). Такая амнезия носит название ретроградной. Выделяют конградную амнезию, которая охватывает лишь период потери сознания. Следует отметить, что при черепно-мозговой травме (либо другом событии) эти виды расстройств памяти могут встречаться одновременно. Больной забывает период до, во время и после потери сознания. В таких случаях говорят о ретроантероградной амнезии. Потерю способности запоминать текущие события обозначают как фиксационную амнезию. Прогрессирующее последовательное нарастание процессов опустошения, утраты запасов памяти, развивающееся в направлении от событий недавнего ппрошлого к отдаленным, в том числе, касающимся детства, юности, носит название прогрессирующая амнезия. Выделяют также ретардированную амнезию (запаздывающую) — потеря памяти на события, происходившие во время психического расстройства, в том числе утрата воспоминаний о самих психических заболеваниях.

Кроме расстройств памяти в виде ослабления и выпадения, могут наблюдаться и ее болезненные извращения. Такие расстройства определяются понятием парамнезии — обманы памяти.

**Псевдореминисценции, или ложные воспоминания** — бывшие в действительности события, перенесенные в другие периоды времени. Конфабуляции — измышления, выдумки, заполняющие грубые провалы памяти у больных при амнезии. Криптомнезии — потеря различия между реально происходившими с больным событиями, о которых он слышал или читал. Судебно-психиатрическое значение расстройств памяти. В судебно-психиатрической практике часто приходится иметь дело с испытуемыми, которые ссылаются на полное запамятование того, что связано с их преступлением. К этим заявлениям необходимо относиться с достаточной критикой, так как иногда ссылка на амнезию — наиболее легкий путь самозащиты, к которому испытуемые нередко прибегают. Отсюда ясно, насколько важна экспертная оценка памяти подэкспертных.

**8. Расстройства интеллекта и мышления**

**8.1 Понятие и виды нарушения интеллекта**

Вся совокупность мыслительных функций с возможностью образования отвлеченных понятий, суждений и умозаключений вместе с вниманием, памятью, запасом представлений и слов, а также аффективно-волевыми свойствами личности составляет интеллект (ум, разум человека).

Многие психологи определяют интеллект как совокупность всех способностей, всей одаренности и мыслительных возможностей личности, необходимых для приспособления к жизненным задачам. Понятие об интеллекте, таким образом, является целостным понятием, в которое формы и содержание мышления входят лишь как составная часть.

**Интеллект** сводится не только к способности мыслить. Кроме возможности рассуждать, в интеллекте играет важную роль подвижность мысли, аффективная живость, концентрация внимания, память, а также объем знаний и словарный запас.

Возможность суждений и умозаключений, выражающихся в понимании соотношения вещей, связей и отношений между предметами и явлениями, а также в возможности предвидения, составляет существенную часть интеллекта.

Существуют различные типы интеллекта даже у здорового, нормального человека. Один рассуждает быстро, при случае делает ошибки, но в общем считается умным человеком, другой рассуждает медленно и глубоко, редко ошибается, но зато, когда требуется быстрота суждения, он становится беспомощным и производит впечатление человека недалекого.

***В развитии интеллекта основную роль*** играют общественные условия, в которых развивается данная личность. Личность рождается, обладая определенным, биологическим субстратом (мозговыми "задатками"), который, будучи полноценным или неполноценным, богатым или бедным, определяет возможности будущего развития индивидуума. Общественная среда с различным воспитанием и образованием создает различную структуру интеллекта. Очень часто человек слывет за малоодаренного только потому, что он является социально запушенным и педагогически отсталым. При благоприятных условиях интеллект такого человека может достичь очень высокой степени развития. В этих случаях материальный субстрат личности здоров, но вследствие неблагоприятных условий личность получила неправильную социальную направленность.

Итак, различают предпосылки интеллекта и собственно интеллект. Предпосылки интеллекта — это отдельные психические функции, такие, как память, благодаря которой накапливается определенный запас знаний, внимание, некоторые механизмы моторных проявлений, темп функционирования, утомляемость, речевая одаренность. Нарушение предпосылок интеллекта может препятствовать его проявлению. Собственно интеллект состоит из почти неограниченного ряда способностей и функций — способность к логическому мышлению, абстрагированию, комбинаторике, находчивость, остроумие, оригинальность мышления, умение творчески применять знания и т. п.

Стойкое, малообратимое снижение уровня психической, в первую очередь интеллектуальной деятельности включается в понятие слабоумие.

**Различают слабоумие** приобретенное вследствие заболеваний мозга, вызывающих его повреждение (деменция), и врожденное, когда у детей с рождения или с самого раннего возраста выявляется умственная отсталость. Последний вид слабоумия обычно определяется как малоумие (олигофрения). Между приобретенным и врожденным слабоумием имеются существенные различия. Эти различия определяются тем, что в основе приобретенного слабоумия лежит разрушение развитого мозга, в основе врожденного — природные изъяны, недоразвитие. Человека, ставшего слабоумным, образно можно сравнить с разорившимся богачом, а родившегося умственно отсталым — с бедняком.

Судебно-психиатрическое значение нарушений интеллекта. Слабоумные больные очень внушаемы и, попадая в силу этого под влияние других лиц, могут совершать различные преступления. Под влиянием алкоголя у таких лиц растормаживаются инстинкты, что тоже может явиться причиной различных преступлений, в том числе и половых.

**8.2 Понятие и виды расстройств мышления**

**8.2.1 Понятие мышления**

Ранее мы уже описали болезненные изменения восприятий, которые относятся к области чувственного познания. В настоящей лекции мы остановимся на нарушениях абстрактного познания, мышления в понятиях и словах, свойственного только человеку. Между чувственным и абстрактным познанием мира имеется тесная неразрывная связь и единство. Процесс мышления осуществляется при помощи анализа всего наблюдавшегося, т. е. выделения отдельных элементов и одновременного их синтеза, установления между ними связи, мысленное воспроизведение цельной картины. В основе анализа лежит соответствующая деятельность коры больших полушарий головного мозга. К анализу и синтезу человек в процессе мышления всегда привлекает предшествующий личный опыт, а через полученные знания — широкий общественный опыт.

Кроме анализа и синтеза в процесс мышления входят еще и другие мыслительные операции: сравнение, различие, обобщение, абстракция и др. Еще более высоким качеством мышления является то, что определяется понятием "критика". Речь идет о возможностях человека правильно оценивать жизненную ситуацию, намечать реальные планы, определять свое отношение к различным социальным проблемам и событиям. При этом мышление выступает как средство утверждения личности в обществе и неразрывно связано с такими высшими специфическими качествами, как сознание, воля, мировоззрение.

Таким образом, мышление — это психический процесс, который заключается в отражении человеческим мозгом, общих свойств предметов и явлений внешнего мира, установлении связей между ними.

Расстройства мышления у психически больных весьма разнообразны. Причем, может расстраиваться как форма, так и содержание мышления.

Расстройства мышления неотделимы от нарушения речи у психически больных. Следует помнить, что поскольку устная и письменная речь отражает мысли, она является наиболее надежным средством проникновения в них, ознакомления с содержанием мышления. Речь больных также раскрывает особенности их мышления, его темп, различные формы, характер расстройств.

**8.2.2 Основные формы расстройств мышления**

**Патологически ускоренное мышление (скачка мыслей).**

При этом больной быстро переходит от одной мысли к другой, не успевая высказать одно суждение, перескакивает ко второму, затем к третьему и т. д. Создается впечатление как бы вихревого развертывания кинематографического фильма с часто сменяющими друг друга представлениями, понятиями и суждениями. Характерным для скачки идей является то, что при быстрой смене мыслей внешняя связь их в известной мере не нарушается. Речь соответственно становится торопливой и непоследовательной. Неправильно рассматривать скачку идей как результат усиления, продуктивности процесса мышления, как результат ускорения "течения представлений". При скачке идей имеется лишь видимость возбуждения мыслительной деятельности. Процесс мышления в смысле его глубины и последовательности при этом не усилен, а, наоборот, ослаблен, Основным расстройством при скачке идей является ослабление внимания, выражающееся в отвлекаемости.

**Замедленное, заторможенное мышление.**

Симптом в известной степени противоположный скачке идей. С формальной стороны при этом расстройстве мышления имеется резкое замедление темпа течения мыслей. Больной медленно отвечает на вопросы. Время ассоциативной словесной реакции резко удлиняется. В определенную. единицу времени здесь всплывает меньше объектов мышления. Они дольше удерживаются в сознании и более старательно формулируются, чем в норме. Больному при мышлении субъективно как бы приходится преодолевать тяжелое препятствие. По своему содержанию заторможенное мышление характеризуется бедностью представлений, понятий и суждений. Больные жалуются, что им "ничего не приходит на ум". При заторможенном мышлении больной мыслит медленно, с препятствиями, однако он, в конечном итоге, способен правильно рассуждать.

**Обстоятельное мышление.**

Обстоятельность, чрезмерное детализирование, вязкость и витиеватость, с приведением массы несущественных подробностей, неумение кратко формулировать свою мысль является характерной особенностью этого вида мышления. На обстоятельное мышление трудно воздействовать извне: его можно прервать, но не удается надолго отклонить на другую тему. По своему содержанию обстоятельное мышление во всех своих видах в основном проявляется в слабости суждений благодаря тому, что в нем мало отличается существенное от несущественного: "из-за деревьев не видно леса".

**Резонерствующее мышление.**

Под резонерствуюшим мышлением понимается пустое рассуждательство, т. е. глубокомысленное на вид, но крайне бессодержательное и бедное суждениями мышление.

Персеверирующее мышление (или персеверация мышления). Персеверация представляет собой расстройство мышления, выражающееся в том, что больной застревает на каком-либо представлении, на какой-то одной мысли, без последующего ее продолжения. Так, обращаясь к больному с просьбой называть ряд предметов, мы замечаем, что всю серию показанных ему объектов он называет именем первого. Показывают, например, больному по очереди перочинный нож, карандаш, ручку. Он всем этим предметам дает название "нож". Основное при персеверации, по-видимому, заключается в том, что в сознании не всплывают новые представления, благодаря чему больной вынужден повторять старые. Этот симптом у здоровых людей может появляться под влиянием резкого утомления после длительной речи. Встречается он также во время резкого опьянения (повторение опьяневшим одних и тех же фраз, застревание на определенном круге представлений "ты меня уважаешь").

**Разорванное мышление.**

Характерным и специфическим расстройством является здесь нарушение связи и порядка в мыслительном процессе. При разорванном мышлении два случайно встретившихся представления соединяются в одно понятие, или обрывки мыслей неправильно соединяются в одну новую мысль.

Крайним выражением разорванности мышления является шизофазия (разорванность речи), или "словесная окрошка". При этом больные уже не проецируют никаких сколько-нибудь определенных мыслей, а нанизывают друг на друга отрывочные понятия и представления.

Внешнее сходство с разорванностью мышления имеет другое расстройство — бессвязанность мышления. Но в отличие от разорванности мышления здесь наступает полная утрата смыслового содержания речи, внешняя грамматическая форма фраз резко страдает, промежуточные звенья между обрывками мыслей выпадают, и речевая продукция больных принимает совершенно бессвязный характер.

**8.2.3 Бредовые идеи**

**Расстройство мышления** может выражаться в образовании так называемых бредовых идей. Бредовые идеи являются чрезвычайно важным симптомом при психических заболеваниях. Появление бредовых идей является несомненным признаком психического расстройства и указывает на тяжелое нарушение суждения.

**Бредовые идеи** определяются как возникающие на почве психической болезни ошибочные мысли с высокой субъективной уверенностью в их достоверности, не поддающиеся коррекции.

***Основу понятия бредовой идеи составляют четыре элемента:***

1) возникновение на болезненной почве;

2) извращенное, ошибочное, не соответствующее реальности содержание мысли;

3) высокая субъективная уверенность в достоверности этой идеи;

4) невозможность коррекции.

Специфическим для бредовой идеи является глубокая субъективная уверенность больного в достоверности, правильности высказываемых им бредовых идей. При этом уверенность эта вытекает не столько из реальных познаний, сколько из внутренней убежденности больного. Отсюда невозможность коррекции — исправления бредовых идей, невозможность убедить больного в ошибочности высказываемого им бредового суждения.

Наиболее распространена в настоящее время классификация бредовых идей по их основному содержанию.

Бред величия может выразиться в том, что больной чувствует себя необычайно сильным и умным. Иногда бред величия выражается в бредовых идеях богатства.

При бреде изобретательства больные изобретают различные фантастические приборы, например, вечные двигатели, которые должны осчастливить человечество, составляют нелепые проекты "научных" открытий, придумывают фантастические методы лечения и т. д., которые совершат переворот в промышленности, экономике, науке или технике, проявляют иногда поразительную настойчивость, не угасающую на протяжении всей жизни. Они добиваются того или другого в различных ведомствах, действительно иногда получают некоторые суммы для производства опытов, объявляются затем мошенниками, привлекаются к ответственности и, наконец, попадают в психиатрические больницы.

Чувство собственной славы, привлекательности и красоты может вызвать у больного эротический бред. Больному может казаться, что им заинтересована определенная особа, иногда занимающая высокое положение в обществе, которая ищет возможности сблизиться с ним. Он пишет ей любовные письма, ищет с ней встреч. У него много жен, необычайная половая сила, все в него влюблены.

Бред самоуничижения, самообвинения и греховности. Больные при этом ищут всевозможных поводов для самообвинения. Считая себя несчастными, потерянными людьми, опозоренными перед обществом, способными приносить лишь несчастье своим близким и всем окружающим, они виновны перед близкими и перед обществом, их ждет возмездие за якобы совершенные ими преступления, считают себя обманщиками, изменниками, ворами и т. д., они недостойны уважения и прочее. Так, больной считал себя развратником, потому что на улице он обращал внимание на красивых женщин, проходивших мимо него. Он неисправимый спекулянт, так как однажды он выменял буханку хлеба на пачку сигарет с выгодой для себя.

**Бред обнищания** и бред материального ущерба особенно типичны для старческих психозов. Одновременно с состоянием тревожной тоскливости у этих больных могут появиться опасения, что они лишились своего имущества, что им предстоит умереть голодной смертью.

**Ипохондрический бред** или бред болезни ведет к переживанию в действительности не имеющих места болезней, которые, однако, кажутся тяжкими, неизлечимыми. Постоянное наблюдение за собой, выискивание отдельных симптомов занимает все внимание больного, в отдельных случаях жалобы касаются таких заболеваний, как сифилис, туберкулез, рак. Опыт и время ничего в этом отношении не изменяют. Больной непрерывно заявляет, что у него проваливается нос, хотя нос никаких изменений своей формы не претерпел. Он уверяет, что рак разрушает его внутренности, что ему остался месяц жизни, но проходит год, и ничто его не убеждает в противоположном. Ипохондрические идеи выражаются нередко в бесконечных, иногда сменяющихся жалобах на неприятные ощущения в сердце, в легких, в спине, ногах, в голове и т. д., причем объективное исследование никаких отклонений от нормы не обнаруживает. В некоторых случаях начало душевного заболевания проявляется в форме своеобразных ипохондрических жалоб.

**Бред преследования** заключается в том, что больной видит себя окруженным врагами, имеющими цель уничтожить, устранить его. Мотивы преследования различны. Больной полагает, что хотят перехватить его ценные изобретения, что он невыгоден врагам благодаря имеющимся у него сведениям о них и т. д. В некоторых случаях больные ничем не могут объяснить того, что они стали преследуемыми. Естественно, чувствующие постоянную угрозу больные прибегают к мерам предосторожности, стараются "замести следы", но всякий раз оказывается, что враги нашли новые средства и пути для преследования.

Существует еще своеобразная форма бреда преследования в виде **сутяжного бреда**. Обычно бред здесь начинает развиваться после (правильного или неправильного) осуждения больного. В результате решения суда больной начинает серии судебных процессов в различных инстанциях, выдвигая жалобы на пристрастное к нему отношение судей, на то. что они якобы находятся в заговоре против него, стремясь его погубить и т. п.

**Бред отношения и значения** находится в близкой связи с бредом преследования и часто неотделим от него. При бреде отношения различные малозначительные жизненные факты приобретают в глазах больного особое значение. Например, встречный прохожий плюнул — это имеет отношение к больному, "хотел этим показать, что его презирает". Дома за обедом ему подали блюда из мозгов — "это значит, что его считают глупым". На стул положили кусок веревки, этим хотели сказать, что "он должен быть повешен". На столе стоит свеча — "значит он должен умереть". При бреде отношения больной видит во всем намеки, имеющие особое значение и отношение к его личности. В газетах он видит косвенные указания на себя, то же самое он наблюдает в самых невинных словах окружающих.

**Бред физического воздействия**. Обычно больные при этом охотно говорят о гипнотическом влиянии, которое ощущают на себе. У больных возникает убеждение, что на них действуют разного рода физическими силами: таинственными лучами, магнитами, электричеством, радиоволнами, атомной энергией и т. п., причиняя тем самым очень тяжелые мучения. Иногда больные жалуются, что при помощи такого рода физических воздействий преследующие их враги пытаются их уничтожить, либо вредно влиять на их здоровье, половую сферу и т. п.

Следует еще упомянуть об одной довольно часто встречающейся форме бредовых идей, так называемом бреде ревности, или бреде супружеской неверности. Больной при этой форме бреда подозревает, что жена его заводит тайные связи с другими мужчинами — он это заметил по ее смущенному виду, по беспорядку в прическе и прочему. Та жe форма бреда может встречаться и у женщин, убежденных в измене своего мужа, видящих во всякого рода ничего не значащих мелочах доказательства половых связей мужа с другими женщинами.

**8.2.4 Навязчивые и сверхценные идеи**

**Навязчивые идеи**

Навязчивыми идеями называются представления и мысли, непроизвольно вторгающиеся в сознание больного, который понимает всю нелепость их и в то же время не может с ними бороться.

Навязчивые, идеи составляют сущность симптомокомплекса, который носит название синдрома навязчивых состояний. В состав этого синдрома, наряду с навязчивыми мыслями, входят навязчивые страхи (фобии) и навязчивые влечения к действиям. Обычно эти болезненные явления не встречаются порознь, а бывают тесно связаны друг с другом, составляя вместе навязчивое состояние.

***Характерным для навязчивых состояний*** является признак их доминирования в сознании при наличии критического отношения к ним со стороны больного. Как правило, личность больного борется с ними, причем эта борьба принимает иногда чрезвычайно мучительный для больного характер.

Навязчивые мысли иногда могут эпизодически появляться и у психически здоровых. Они связаны нередко с переутомлением, иногда возникая после бессонной ночи, и обычно носят характер навязчивых воспоминаний (какой-либо мелодии, строки из стихотворения, какого-либо числа, имени, зрительного образа и пр.). Часто навязчивое воспоминание по своему содержанию относится к какому-либо тяжелому переживанию устрашающего характера. Основное свойство навязчивых воспоминаний заключается в том, что, несмотря на нежелание о них думать, мысли эти навязчиво всплывают в сознании здорового человека.

У больного навязчивые мысли могут наполнить все содержание мышления и нарушить нормальное его течение.

Навязчивые мысли отличаются от бредовых идей тем, что, во-первых, больной к навязчивым мыслям относится критически, понимая их болезненность и необоснованность, во-вторых, тем, что навязчивые мысли обычно носят непостоянный характер, часто возникая эпизодически, как бы приступами, в-третьих, они не обязательно возникают на болезненной почве.

Характерными при навязчивом мышлении являются сомнения, неуверенность, сопровождаемые напряженным чувством тревоги. Это эмоциональное состояние тревожной напряженности является специфическим фоном навязчивых состояний.

Содержание болезненных навязчивых мыслей может быть разнообразным. Чаще всего встречается так называемое навязчивое сомнение, которое в нерезко выраженной форме периодически может наблюдаться и у здоровых. У больных навязчивое сомнение приобретает весьма тягостный характер. Больной вынужден постоянно думать о том, например, не загрязнил ли он себе рук прикосновением к ручке дверей, не внес ли он в дом заразу, не забыл ли потушить свет, спрятал ли он важные бумаги, правильно ли написал или сделал то, что ему было нужно, и т. д.

Навязчивые состояния нередко проявляются в виде страха. Навязчивые страхи являются весьма тягостным переживанием, выражающимся в немотивированном страхе с сердцебиением, потливостью и т. д., навязчиво возникающем в связи с какой-либо, часто самой обычной жизненной ситуацией. Сюда относятся; страх перейти через большие площади или через широкие улицы — боязнь пространства; страх перед замкнутым, тесным пространством, например, боязнь узких коридоров, сюда же можно отнести навязчивый страх при нахождении среди толпы людей; навязчивая боязнь острых предметов — ножей, вилок, булавок, например, боязнь проглотить гвоздь или иголку в пище, боязнь покраснеть, которая может сопровождаться покраснением лица, но может быть и без покраснения, загрязнения; страх смерти. Описано множество других видов фобий вплоть до навязчивого страха перед возможностью появления самого страха.

Навязчивые влечения к действиям также частично связаны о навязчивыми мыслями, а, кроме того, со страхами, и могут вытекать непосредственно как из тех, так и из других. Навязчивые влечения к действиям выражаются в том, что больные чувствуют непреодолимую потребность совершать тот или иной поступок. После совершения последнего больной сразу успокаивается. Если больной пытается сопротивляться этой навязчивой потребности, то он переживает очень тяжелое состояние эмоциональной напряженности, от которого он может избавиться, лишь совершив навязчивое действие.

Навязчивые влечения к действиям могут быть разнообразными по своему содержанию: стремление к частому мытью рук, навязчивая потребность считать какие-либо предметы (ступеньки лестниц, окна, проходящих мимо людей и т. д.), читать встречающиеся на улице вывески, стремление произносить циничные ругательства (иногда шепотом), особенно в неподходящей обстановке, стремление к совершению поджогов (пиромания), краже различных вещей (клептомания).

Иногда больные придумывают различные сложные защитные ритуалы для того, чтобы освободить себя от сомнений и страхов.

Сверхценные идеи

Они занимают промежуточное место между навязчивыми и бредовыми идеями. Под сверхценными идеями следует понимать ошибочные либо односторонние суждения или группы суждений, которые вследствие своей резкой аффективной /чувственной/ окраски получают перевес над всеми остальными идеями, причем доминирующее значение этих идей держится в течение длительного времени. Другими словами, в отличие от навязчивых состояний, они положительно эмоционально окрашены. Это определение сверхценных идей показывает, что такого рода идеи могут встречаться как у нормальных людей, так и у психически больных. Причем возникают эти идеи не против желания субъекта, а в силу его чувственной потребности в них. Сверхценные идеи — это глубокое убеждение, которое человек ценит, которым он дорожит. Сверхценные идеи можно встретить у ученого, сильно увлеченного какой-либо теорией, не имеющей реального обоснования; художника, захваченного определенной фантастической идеей; у религиозного фанатика, глубоко преданного своим убеждениям и т. д. Сверхценные идеи могут вырастать на основе борьбы за нарушенные права, за неосуществимые изобретения. Сверхценные идеи тесно спаиваются со всей личностью субъекта. Формально механизмы мышления при сверхценных идеях не нарушаются. Кроме того, сверхценные идеи в какой-то мере поддаются коррегированию, иначе говоря, путем веских логических доводов, нередко с большим трудом, все же удается убедить субъекта в ошибочности его суждения.

В норме каждая идея, каждое суждение имеет для субъекта ту или иную ценность. Сверхценные же идеи, вследствие своей чувственной аффективной окраски и связанным с ней содержанием, непомерно властвуют над мышлением и уже в норме с трудом поддаются критической оценке со стороны субъекта. В силу резко выраженной спаянности сверхценных идей с личностью субъекта достоверность их для данного субъекта не подлежит сомнению.

**При сверхценных идеях** заряженность их чувством (аффектом) так сильна, что они с большим трудом поддаются логическому коррегированию. Коррегирование сверхценной идеи состоит не только в осознании субъектом ее ошибочности, но еще и в том, что она должна потерять доминирующее значение в ряде других суждений.

**Судебно-психиатрическая оценка расстройств мышления**

В судебно-психиатрическом плане наибольший интерес представляют бредовые и сверхценные идеи. Судебно-психиатрическое значение бредовых идей особенно велико, так как бредовая идея легко занимает доминирующее положение в психике больного и создает резко неправильное отношение к окружающему миру. Речь в первую очередь идет о больных с бредом преследования, воздействия, отношения. Такие больные, обороняясь, нередко нападают и часто совершают тяжкие правонарушения.

Под влиянием сверхценных идей, возникающих вследствие чувства обиды, слепой любви и ревности, или вследствие непризнания и борьбы, могут возникать правонарушения, совершаемые под напором интенсивных психических переживаний, в силу большой эмоциональной заряженности.

**9. Расстройства эмоций**

**9.1 Понятие эмоций**

Если внимание, память и другие проявления психической деятельности человека остаются как бы за занавесом, то его эмоциональное восприятие окружающего и своих переживаний все время находится на авансцене.

**Удовлетворенность или неудовлетворенность**, интерес или равнодушие, беспокойство, подавленность, опасение, страх, предвкушение приятного, воодушевление, радость, — любое из этих состояний накладывает своеобразный отпечаток на весь облик человека. Именно в эмоциональной сфере наиболее ярко проявляются те или иные особенности каждого человека, его отношение к себе, к своим близким, к друзьям и врагам. Эмоции как бы "освещают" и "окрашивают" в те или иные тона интеллект, интересы, искания человека.

**Эмоция или чувство** способны существенно повлиять на течение других психических процессов, ускорить или замедлить мыслительную деятельность, сделать ее более продуктивной или наоборот.

***Эмоциями*** называют определенные переживания, которые выражают субъективное отношение человека к окружающему и к самому себе, на пути к удовлетворению своих потребностей.

Нелегко отграничить эмоция от близких к ним явлений. Одни ученые склонны отождествлять эмоции с потребностями живых организмов, другие с инстинктами, третьи — с так называемыми мотивациями. Однако все это хотя и близкие, но разные явления. Эмоции могут быть связаны с потребностями, инстинктами или мотивациями, входить в них в качестве составной части, но отождествлять эти понятия нельзя. Одна и та же эмоция может возникнуть но самым различным поводам. Скажем, эмоция удовольствия сопровождает удовлетворение потребности и в пище, и в одежде, и в чтении хорошей книги.

Предложены несколько теорий, объясняющих возникновение эмоций у человека.

Согласно одной из них, простые, элементарные эмоции возникают как результат обобщения испытываемых ощущений и стремлений. Они направлены на поддержание жизни организма и обеспечение продолжения рода. Возникнув на каком-то раннем этапе развития живого, простые эмоции оказались полезны организмам, так как обеспечили им хотя и приблизительную, но зато быструю обобщенную оценку воздействующих на них раздражителей, оценку того, что происходит внутри организма и в окружающей его среде. Это позволило организмам быстро, и в большинстве случаев правильно, т. е. выгодно для себя реагировать на постоянно возникающие изменения условий существования и, таким образом, приспосабливаться к этим изменениям.

Другая теория предполагает, что механизмы эмоций включаются в тех случаях, когда ситуация оказывается не совсем понятной, не совсем ясной, "странной". Согласно такой информационной теории эмоций последние возникают при недостатке сведений, необходимых для достижения цели. Замещая, компенсируя этот недостаток, они обеспечивают продолжение действий, способствуют поиску новой информации и тем самым повышают надежность живой системы.

В зависимости от силы, влияния на активность человека эмоции делят на стенические ("стенос" — по-гречески означает силу) и астенические (частица "а" означает отрицание). Стенические — это те, что возбуждают, активируют (радость, гнев), а астенические, наоборот, подавляют активность, действуют угнетающе (страх, тоска). Выделяют также положительные (радость) и отрицательные (страх, гнев) эмоции, ибо им, как чувственным переживаниям, прежде всего свойственны именно полярные характеристики (приятное — неприятное).

Известно, что человек унаследовал механизм эмоций от своих животных предков. Поэтому часть эмоций человека совпадает с эмоциями животных, например, ярость, страх. Это простейшие эмоции, связанные с удовлетворением органических потребностей. С развитием мышления и разума, а также высших человеческих потребностей на базе простейших эмоций сформировались более сложные — человеческие чувства.

Таким образом, различают простые эмоции и эмоции высшего порядка — чувства. Эмоции в процессе эволюции возникли раньше чувств, они свойственны не только человеку, но и животным и выражают отношение к удовлетворению физиологических потребностей. Чувства развились на базе эмоций, при взаимодействии с разумом, с интеллектом, в ходе формирования общественных взаимоотношений и свойственны они лишь человеку.

**Чувство** — это одна из форм отражения действительности, выражающая субъективное отношение человека к удовлетворению своих потребностей, к соответствию или несоответствию чего-либо его представлениям.

Чувства условно делят на этические (моральные, нравственные), интеллектуальные (познавательные) и эстетические. Этические чувства формируются у человека в процессе воспитания. В их основе лежит знание норм поведения, требований морали, принятых в данном обществе. К этическим чувствам относятся чувство товарищества, дружбы, раскаяния, долга и т. п. Факторы, обусловливающие те или иные этические чувства, в определенной степени изменчивы и во многом зависят от принятых в данный период в данном обществе норм поведения, требований морали.

**Познавательные чувства** можно рассматривать как двигатель прогресса человеческого общества. Первая ступень познания — стремление к чувственному исследованию о целью выявить приятное или неприятное. Со временем познавательные чувства усложняются, среди них появляются такие, как чувства догадки, недоумения, сомнения, удивления, чувство жажды познания, поиска, в том числе и научного.

**Эстетические чувства** в процессе отражения человеком действительности занимают особое место. В основе их лежит способность к восприятию гармонии и красоты. Возникновение и сущность эстетических чувств невозможно понять вне связи с такими категориями, как художественный образ и эстетический вкус.

**Художественный образ** — объект, вызывающий эстетические чувства. Это может быть природный ландшафт, произведение искусства, удовлетворяющие требованиям эстетики промышленное изделие и т. д. Восприятие произведений искусства может вызвать у человека и гнев, и радость, и жалость, и печаль, и презрение. При частом повторении эстетические чувства входят в "эмоциональный фонд" человека, обогащают его, делают доступным для него понимание таких переживаний, с которыми он сам в жизни не сталкивался, да и не может столкнуться. Эти чувства начинают влиять на его поведение, и в этом, возможно, облагораживающее значение искусства.

Английские социологи установили, что дети, которые учатся или учились музыке, совершают в шесть раз меньше правонарушений, чем их сверстники, лишенные музыкального воспитания. Утрата эстетических вкусов равносильна утрате счастья и, может быть, вредно отражается на умственных способностях, а еще вероятнее — на нравственных качествах, так как обедняет эмоциональную сторону нашей жизни.

В эмоции выделяют две составные части: первую (и главную) — субъективное, эмоциональное переживание (приятного или неприятного характера) и вторую — эмоциональное выражение, т. е., сопутствующие этому переживанию изменения мимики, жестов, позы, а также вегетативные реакции (покраснение или побледнение лица, сердцебиение и т. д.)

**Внешнее выражение** — мимика, жесты, поза — очень важный, хотя и весьма индивидуальный изменчивый элемент эмоций. Путем внешних выразительных движений достигается значительное воздействие субъекта на окружающих его людей, "заразительность" эмоций. Не случайно этими приемом умело пользуются и актеры и ораторы, чтобы увлечь зрителя и слушателя. В мимике (выразительные движения лица) и пантомимике (выразительные движения всего тела) могут найти свое отображение самые тонкие оттенки тех или других эмоциональных переживаний.

Все многоцветие эмоций психологи условно делят на настроения, страсти и аффекты.

**Настроение —** эмоциональное состояние, которое обычно не бывает чрезмерно ярким, но зато характеризуется относительной устойчивостью, Настроение может быть грустным или спокойно-умиротворенным; тревожным или тоскливым, торжественным или веселым. Оно является, по сути дела, фоновым эмоциональным состоянием — эмоциональным фоном.

**Страсть** — сильное в глубокое длительное эмоциональное состояние. Страсть подчиняет себе основную направленность мыслей и поступков человека, стимулирует его к активной деятельности, целью которой является удовлетворение совершенно определенных желаний. Алкоголик испытывает страсть к спиртным напиткам, карточный игрок к картам.

**Аффекты** — обычно кратковременные, но предельно яркие, бурные эмоциональные вспышки (восторг, гнев, ярость, ужас и т. п.), состояния эмоционального возбуждения высшей степени. И. Кант сравнивал аффект с водой, прорвавшей плотину, тогда как страсть, по его мнению, действует как поток, который все глубже и глубже прокапывает свое ложе. Аффекты, как правило, возникают в связи с совершенно определенными раздражителями и поэтому всегда конкретно направлены. В состоянии аффекта человек, действует под влиянием главным образом эмоций. Контроль со стороны сознания при этом ослаблен, и возможны мгновения, во время которых действия вообще ускользают из-под контроля рассудка.

**9.2 Основные виды расстройств эмоций**

**Маниакальное состояние или мания.** В основе этого расстройства эмоциональной сферы лежит повышенное настроение, достигающее патологической степени, которое зависит не столько от внешних, сколько от внутренних факторов. Непонятное, не вытекающее из ситуации и обстоятельств жизни данного больного, это патологическое повышение настроения складывается из ощущения бодрости, свежести, необычного прилива сил. На фоне повышенного настроения могут возникать аффективные реакции (вспышки гнева), вызванные внешним фактором. У таких больных отмечается ускорение всей психической деятельности, в том числе и двигательной. Больной балагурит, привлекая к себе внимание окружающих, затевает какие-либо проказы и шумные игры.

**Депрессивное состояние.** Для него характерны симптомы, прямо противоположные тем, которые встречаются при маниакальном состоянии. Главным здесь является подавленность эмоциональной сферы — тоска, уныние, мрачные предчувствия, ощущение дискомфорта. Эту тоску можно назвать витальной, поскольку она связана о ощущением соматического неблагополучия. Причем, эта тоска может быть настолько сильной, что человек может покончить с собой. При депрессивных состояниях, в отличие от маниакального состояния конфликтов почти не бывает, но депрессия иногда так выражена, что больного нельзя оставлять без надзора из-за опасности самоубийства.

**Эйфория.** У здоровых людей — это состояние довольства, блаженства, благодушия. У больных — патологически приподнятое настроение, не адекватное ни окружающей действительности, ни физическому состоянию больного. Известно, что при некоторых тяжелых заболеваниях (туберкулез, болезни сердца) наблюдается несоответствие между физическим состоянием человека и его настроением. Больные, например, радостны, беспечны, полны радужных планов, а вместе с тем они доживают последние дни. В отличие от маниакального состояния, радостное, эйфорическое состояние может сопровождаться общей вялостью, с ослаблением всех психических функций, при отсутствии интеллектуальной живости и стремления к деятельности, при наличии более или менее выраженного слабоумия. Повышенное настроение, нередко доходящее до степени эйфории, с ощущением беспричинного веселья и полного благополучия, наблюдается у пьяных и наркоманов.

**Дисфория** — (дис-разлад) — расстройство, при котором наблюдается немотивированное тоскливо-злобно-раздражительное настроение. Начинаются эти расстройства внезапно, без видимого повода и также неожиданно заканчиваются. Продолжительность этих состояний колеблется от нескольких часов до нескольких дней. Больной не находит себе места, ничем не может заняться, становится придирчивым, по незначительному поводу вступает в пререкания и ссоры с окружающими, нередко становясь агрессивным.

**Эмоциональная лабильность** (подвижность, легкость, неустойчивость). В норме повышенная эмоциональная возбудимость свойственна детям, особенно в дошкольном возрасте. Эмоциональная лабильность бывает и при неврозах. Такие больные плачут в кино, при чтении и вообще по малейшему поводу. Здесь сочетается повышенная возбудимость и неумение одерживать эмоции.

Крайняя степень эмоциональной лабильности проявляется в эмоциональном слабодушии, или "недержании" эмоций, что встречается при атеросклеротических поражениях головного мозга у лиц пожилого возраста, при. прогрессивном параличе и некоторых других заболеваниях.

**Амбивалентность** — двойственность, противоречивость эмоций с одновременным сочетанием, например, любви и ненависти к одному и тому же человеку. Элементы, такой двойственности, умеренно выраженные, имеют место и у здоровых людей. Недаром говорят: "От любви до ненависти один шаг". Поведение человека определяется не одним стремлением, а взаимодействием многих. Поэтому удовлетворение одних стремлений в то же время может сочетаться с неудовлетворением других. Отсюда смешение положительных и отрицательных чувств, двойственные (амбивалентные) чувства. А. С. Пушкин очень тонко уловил и поэтически выразил эту особенность эмоциональной жизни человека:

"О, как мучительно тобою счастлив я!", или "Мне грустно и легко, печаль моя светла...". Сладкая мука, ликование и скорбь, ненависть и любовь, — казалось бы, соединение этих противоположностей не более чем прихоть поэта. На самом же деле именно так, в единстве противоположностей развивается эмоциональная жизнь человека.

Очень часто вступают в конфликт высшие чувства с теми чувствами, которые мы относим к более простым. Например, чувство чести и чувство долга вступают в конфликт с чувством страха.

**Неадекватность эмоций.** К частым симптомам нарушения чувственной сферы относится неадекватность эмоций. Пережнвания при этом не соответствуют случаю, вызвавшему их. Так, например, встреча о близкими и ранее любимыми людьми вызывают чувство досады или недовольства и, наоборот, неприятное известие радует.

**Эмоциональная тупость**. В результате некоторых тяжелых психических заболеваний наступает опустошение эмоциональной сферы, развивается эмоциональная тупость. Даже при тщательном наблюдений у больных с этим расстройством не удается вызвать какой-либо чувственной реакции. С полным безразличием относятся они к собственному положению, к судьбе близких, радости и горю. Внешний вид этих больных обычно говорит сам за себя. У них нет желаний, нет мотиваций. Они ничего не хотят; не ходят двигаться, и их приходиться выводить на прогулку помимо их воли, не хотят принимать пищу, и их зачастую кормят насильно. Больные с эмоциональной тупостью часами неподвижно сидят иди лежат с окаменевшим лицом; взгляд их потухший, поза безвольная. Они живы, но ко всему безразличны, и это приводит их к полной пассивности, безынициативности, инертности. Особенно характерен этот симптом для шизофрении.

**9.3 СПЭ аффекта**

**Эксплозивноеть** — эмоциональная неустойчивость, возбудимость, взрывчатость, вспыльчивость, гневливость. Крайняя же степень эксплознвности, по существу, — аффект. Аффектами называются чрезвычайно сильные, быстро возникающие в ответ на сильный внешний раздражитель и бурно протекающие кратковременные эмоциональные состояния. Аффекты возникают большей частью внезапно и продолжаются иногда всего несколько минут. В состоянии аффекта сознание, способность представлять и мыслить суживаются, подавляются. При этом сильное эмоциональное возбуждение проявляется в бурных движениях, в беспорядочной речи, часто в выкриках. Действия человека при аффектах проявляются в виде "взрывов".

Согласно УК РФ состояние внезапно возникшего сильного душевного волнения (аффекта), вызванного насилием, издевательством или тяжким оскорблением со стороны потерпевшего либо иными противоправными или аморальными действиями (бездействием) потерпевшего, а равно длительной психотравмирующей ситуацией, возникшей в связи с систематическим противоправным или аморальным поведением потерпевшего, служит смягчающим вину обстоятельством.

Необходимо отметить, что новый Уголовный кодекс расширил понятие "аффекта" применительно к квалификации преступлений по соответствующим статьям УК, что позволяет говорить в настоящее время о составах преступлений, предусмотренных ст. 107, 113 УК РФ не только в случаях физиологического аффекта в чистом виде, но и других эмоциональных состояний.

Содержание юридического понятия сильного душевного волнения охватывается сложившимся в психологии понятием физиологического аффекта, как чрезвычайно сильного, быстро возникающего и бурно протекающего кратковременного эмоционального состояния.

***Аффекты возникают***, большей частью, внезапно и продолжаются иногда всего несколько минут. В состоянии аффекта сознание, способность представлять и мыслить суживаются, подавляются. При этом сильное эмоциональное возбуждение проявляется в бурных движениях, в беспорядочной речи, часто в выкриках. Действия человека при аффектах проявляются в виде взрывов.

Исторически определение "физиологический" было введено, чтобы подчеркнуть отличие простого, нормального аффекта от патологического, показать, что его физиологическую основу составляют естественные для здорового человека нейродинамические процессы. В связи с тем, что причины физиологических явлений, наблюдающихся при аффекте, имеют психологическую природу, диагностика и исследование физиологического аффекта относятся к компетенции судебно-психологической экспертизы. В психологии аффектами называют сильные и относительно кратковременные эмоциональные переживания, сопровождаемые резко выраженными двигательными и висцеральными проявлениями. Они рассматриваются как временные психические изменения, не имеющие болезненного характера. **Физиологический аффект** — такое эмоциональное состояние лица, при котором оно является вменяемым, однако его сознание существенно ограничено.

**Патологический аффект** рассматривается как острое кратковременное психическое расстройство, возникающее внезапно и характеризующееся следующими особенностями:

1) глубокое помрачение сознания;

2) бурное двигательное возбуждение с автоматическими действиями;

3) полная последующая амнезия совершенных действий.

Состояние патологического аффекта отличается крайней напряженностью и интенсивностью переживаний, а действия, совершенные в этом состоянии, обладают большой разрушительной силой. В большинстве случаев вспышка патологического аффекта завершается более или менее длительным и глубоким сном.

Таким образом, **патологический аффект** — болезненное состояние психики, и поэтому может быть правильно оценено и исследовано только врачом-психиатром. При этом не только диагносцируется состояние патологического аффекта, но и решается вопрос о вменяемости субъекта в отношении совершенных им общественно опасных действий. Лица, совершившие противоправные деяния в состоянии патологического аффекта, судебно-психиатрической экспертизой признаются, как правило, невменяемыми.

***В отличие от патологического аффекта***, при физиологическом аффекте лицо сознает свои действия, может ими управлять, либо имеет возможность сознавать свои действия. Именно поэтому лицо, совершившее преступление в состоянии физиологического аффекта, подлежит уголовной ответственности.

У человека, совершившего преступление в состоянии аффекта, как правило, наблюдается "нестандартное" поведение. После убийства, или нанесения телесных повреждений виновный нередко засыпает, иногда прямо на месте преступления, что является следствием выплеска эмоциональной энергии в результате аффективного состояния. Из свидетельских показаний можно выяснить, что "у него дрожали, тряслись руки", "он был бледный", "взгляд был бессмысленный".

Со слов самого обвиняемого, если он помнит события, также можно получить информацию о его состоянии в момент совершения преступления. Нередко наблюдается несоответствие во времени. Так, например, свидетели говорят, что до приезда милиции прошло не более 20 мин, в то время как обвиняемый может показывать, что прошло два часа, либо наоборот — что милиция приехала сразу. Встречаются и нарушения восприятия окружающих предметов обвиняемым (изменения размеров, формы, цвета).

Если после аффекта не наступает сон, то поведение такого лица в первое время после совершения преступления может носить холодный и бессердечный характер. Обвиняемый безучастно относится ко всему окружающему, в том числе и к происшедшему.

**Физиологический аффект** не вызывает помрачения сознания. Поэтому человек, как правило, помнит о действиях, совершенных им в этом состоянии.

***Причинами возникновения физиологического аффекта являются:***

1) обстоятельства, угрожающие физическому существованию человека, связанные с его биологическими инстинктами и потребностями, например прямая или косвенная угроза жизни;

2) аффект может быть вызван поступками окружающих, затрагивающими самооценку человека, травмирующими его личность.

Физиологический аффект может возникнуть только в ситуации, имеющей специфические признаки, при этом сила и глубина аффективной вспышки не обязательно прямо пропорциональна объективной силе раздражителя (насилия, оскорбления), поскольку одна и та же ситуация может отразиться в сознании субъекта по-разному, в зависимости от особенностей его личности, психического состояния. Аффект возникает в уже сложившейся конкретной ситуации и служит для субъекта своеобразной формой выхода из нее, разрядкой. В аффектогенной ситуации человек обязательно должен действовать и испытывает в этом непреодолимую потребность, но подходящих способов действия не находит. Это противоречие и вызывает аффект. Если человек ясно видит возможности адекватного поведения, аффект не наступает.

Наличие конфликтной ситуации является обязательным, но не достаточным условием для возникновения аффекта. Другое условие — комплекс устойчивых индивидуально-психологических особенностей личности и временное состояние субъекта, попавшего в конфликтную ситуацию. Обстоятельства, вызывающие аффект у одного человека, не нарушают стройной системы поведения у другого.

Предрасполагающими к развитию аффективных состояний индивидуально — ***психологическими особенностями являются***:

1) комплекс врожденных свойств нервной системы (тип высшей нервной деятельности). Установлено, что аффекты чаще возникают у людей с так называемым слабым типом нервной системы, который характеризуется легкой возбудимостью, повышенной чувствительностью к раздражителям, низкой устойчивостью к сильным раздражителям, часто — инертностью нервных процессов;

2) специфическая структура личности, в частности, особенности ее самооценки. Известно, что люди с высокой, но недостаточно устойчивой самооценкой болезненно реагируют на оценку и замечания окружающих, их легко травмировать, вывести из состояния равновесия, разрушив тем самым привычную программу поведения;

3) возрастные особенности субъекта. У детей ярче выражена зависимость поведения от оценок окружающих, а недостаточно сформированная система самоконтроля не дает возможности избежать аффективных вспышек в условиях, где взрослому это удается относительно легко. В пожилом возрасте постепенно уменьшается устойчивость по отношению к аффективным переживаниям, повышается раздражительность, что увеличивает вероятность возникновения физиологического аффекта у пожилых людей;

4) временные функциональные психофизиологические состояния, нарушающие устойчивость человека к аффектогенной ситуации. К ним относятся усталость, бессонница, периоды менструаций у женщин и т. д.

В состоянии аффекта в структуре сознания могут возникать изменения, приводящие к снижению возможности осознания совершаемых действий (сознательная деятельность затормаживается) и уменьшающие способность человека контролировать свои действия, руководить ими. Поэтому аффективные состояния характеризуются, как состояния пониженной правоспособности.

**Физиологический аффект** может возникать как при первичном или однократном появлении аффектогенной ситуации, так и в результате постепенного накопления аффективных переживаний. В связи с этим выделяют два основных типа аффектов — классический и кумулятивный.

**Классический аффект** — стремительная, бурно протекающая эмоциональная реакция взрывного характера. Следует непосредственно за противоправным действием потерпевшего, длится крайне малый период времени, после чего наступает спад.

Законодатель так определяет понятие "противоправного действия" применительно к классическому аффекту: "насилие, издевательство или тяжкое оскорбление со стороны потерпевшего либо иные противоправные или аморальные действия (бездействие) потерпевшего".

Следует учитывать, что тяжесть нанесенного оскорбления зависит не только от того, как оно было выражено объективно, но и от субъективного восприятия обвиняемого сказанного в его адрес, либо в адрес его близких.

Издевательство по своей сути похоже на оскорбление. Как и тяжкое оскорбление, оно является столь же циничным, глубоко ранит психику человека. Издевательство может представлять собой злую насмешку, глумление над виновным, высмеивание каких-либо физических недостатков человека.

***В отличие от классического аффекта*** первая фаза кумулятивного аффекта обычно сильно растянута во времени — от нескольких месяцев до нескольких лет. В течение этого времени развивается психотравмирующая ситуация, которая обусловливает кумуляцию (накопление) эмоционального напряжения у обвиняемого. Сам по себе аффективный взрыв может наступить и по незначительному поводу, который играет роль "последней капли".

Применительно к кумулятивному аффекту законодатель определяет причину возникновения сильного душевного волнения как "длительную психотравмирующую ситуацию, возникшую в связи с систематическим противоправным или аморальным поведением потерпевшего".

Классическому и кумулятивному аффекту свойственна внезапность, т. е. непосредственное следование реакции после соответствующего поведения потерпевшего.

Существует также группа эмоциональных состояний, близких к аффективным, вопросы диагностики которых активно дискутируется в последнее время психологами. К ним относят следующие.

1. Эмоциональное возбуждение, оказывающее существенное влияние на сознание и поведение.

Данный вид может возникать у личностей робких, нерешительных, склонных выражать агрессию (в необходимых случаях) в социально допустимой форме. Указанное эмоциональное состояние возникает при условии затяжного течения конфликтной ситуации, накопление эмоционального напряжения в течение нескольких лет (сродни кумулятивному аффекту), как правило, в сфере семейных отношений, или в строго регламентированных условиях военной службы. Нередко на протяжении указанной конфликтной ситуации у обвиняемого наличествует депрессия, суицидальные попытки.

На таком фоне пик эмоционального возбуждения может быть спровоцирован даже незначительными воздействиями. Самое главное отличие данного эмоционального состояния от кумулятивного аффекта заключается в том, что нарастание эмоционального возбуждения происходит более постепенно, однако на высоте пика возбуждения происходит типичное сужение сознания.

2. Эмоциональное напряжение, оказывающее существенное влияние на сознание и поведение.

Такие состояния обычно характеризуются меньшей интенсивностью и силой переживаний, чем при эмоциональном возбуждении, но при определенном сочетании факторов напряжение может достигать такого уровня, при котором происходит частичное сужение сознания, происходят ошибки в восприятии действительности, снижение контроля, ошибки в выборе поведения.

Для выяснения возможности нахождения лица в состоянии аффекта при совершении преступления, необходимо проанализировать следующие данные.

1. Обстоятельства, предшествовавшие совершению преступления: наличие "насилия, издевательства или тяжкого оскорбления со стороны потерпевшего либо иных противоправных или аморальных действий (бездействия) потерпевшего, а равно длительной психотравмирующей ситуации, возникшей в связи с систематическим противоправным или аморальным поведением потерпевшего".

2. Поведение обвиняемого во время совершения преступления. Необходимо выяснить, поддается ли оно "обычной человеческой логике", используются ли орудия, найденные недалеко от места совершения преступления, либо приисканные заранее. Насколько велико время, прошедшее с момента возникновения умысла на совершение преступления — и его совершением.

3. Поведение обвиняемого после совершения преступления: помнит ли он обстоятельства случившегося, как выглядел непосредственно после совершения деяния, что делал. Такую информацию можно получить при изучении материалов дела (показания свидетелей), в разговоре с обвиняемым.

Нахождение лица в состоянии аффекта при совершении преступлений — обстоятельство, существенно снижающее ответственность за совершенное деяние. В Уголовном кодексе РФ содержится две статьи, предусматривающие ответственность за совершение преступления в состоянии аффекта: совершение убийства (ст. 107) и причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью (ст. 113). Достаточно отметить то, что преступление, предусмотренное ст. 113 УК, является преступлением небольшой тяжести, в то время как даже умышленное причинение среднего вреда здоровью без квалифицирующих признаков (ст. 112 ч. 1) — преступление средней тяжести; убийство, совершенное в состоянии аффекта (ст. 107) — преступление средней тяжести, а умышленное убийство без квалифицирующих признаков (ст. 105 ч. 1) — тяжкое.

Совершение иных преступлений в состоянии аффекта может быть признано смягчающим наказание обстоятельством (ст. 61 УК РФ). Более того, новый Уголовный кодекс указывает в качестве смягчающего более широкую группу обстоятельств: а именно совершение преступления, причиной которого стало противоправное или аморальное поведение потерпевшего.

**Нахождение лица в состоянии аффекта** — обстоятельство, подлежащее доказыванию (ст. 68 УПК РСФСР). Наличие этого обстоятельства образует, как уже указывалось, другой состав преступления. Патологический и физиологический аффекты, и близкие к ним эмоциональные состояния, о которых было сказано выше, различаются по степени вменяемости лица на момент совершения деяния (вплоть до невменяемости). Ряд признаков могут оценить только врачи-психиатры, они же дают ответ на вопрос, находился ли обвиняемый в состоянии вменяемости на момент совершения преступления, или нет. Психологи же, анализируя состояние вменяемого лица, могут прийти к заключению о том, было или нет сужение сознания на момент совершения преступления. По этой причине при наличии признаков нахождения обвиняемого в состоянии аффекта следует, по возможности, проводить комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу, а не отдельно психиатрическую или психологическую.

На разрешение экспертов при производстве данной экспертизы могут быть поставлены, например, следующие вопросы.

1. Возможно ли состояние аффекта у личностей робких, нерешительных, предпринимавших суициидальные попытки?

2. Характерно ли для состояния аффекта такое поведение обвиняемого до и во время совершения преступления, как невнятные выкрики, бледность, "странное" выражение лица, дрожащие руки?

3. Характерно ли для состояния аффекта то обстоятельство, что обвиняемый после совершения убийства остался недалеко от трупа и уснул?

4. Возможна ли при аффекте частичная потеря памяти?

5. Характерно ли для состояний аффекта то, что обвиняемый говорит "не знаю, что на меня нашло", "не понимаю, почему я это сделал"?

6. Находился ли обвиняемый в состоянии аффекта?

**Судебно-психиатрическое значение расстройств эмоций**

Расстройство эмоциональной сферы не всегда признак болезни. Иногда трудно провести грань между нормой и болезнью, но если все же налицо такие расстройства эмоциональной сферы, как дисфория, патологический аффект, маниакальное и депрессивное состояния, эмоциональная тупость, то это уже признак психической ненормальности. Наибольшую социальную опасность для общества представляют больные, у которых имеется состояние дисфории, патологического аффекта или маниакальное состояние. Становясь агрессивными, такие лица совершают различные правонарушения. Больные в депрессии представляют опасность прежде всего для самих себя.

**10. Расстройства инстинктов**

**10.1 Понятие инстинкта**

**Инстинкт** — (от лат. слова — побуждение) — непроизвольная приспособительная деятельность, обусловленная врожденными механизмами и проявляемая обычно в форме влечений.

**Существуют влечения врожденные, первичные** — их мы называем также основными (это и есть собственно инстинкты), и влечения, приобретенные в течение жизни, вторичные. Что касается приобретенных влечений, или вторичных влечений, то их число теоретически бесконечно, как бесконечен процесс приобретения знаний и опыта. К основным относят инстинкт самосохранения, пищевой и половой. Все остальные являются производными от этих основных.

Воспитание человека в значительной степени строится в направлении выработки способности подавления инстинктивной деятельности. В деятельности высшей нервной системы у человека ведущее значение приобретает активность коры головного мозга, которая все в большей степени подавляет подкорковые инстинктивные механизмы. Когда деятельность коры ослаблена и нарушается контроль над нижележащими подкорковыми образованиями (например, в состоянии сна, при употреблении наркотических веществ или алкоголя, у психически больных), инстинкты растормаживаются.

**10.2 Основные виды расстройств инстинктов**

***Расстройства влечений*** могут выражаться в ненормальном усилении, уменьшении, исчезновении или в качественном извращении.

**Нарушения пищевого влечения**

Болезненное усиление влечения к пище у психически больных проявляется в прожорливости, не насыщаемости. Иногда отмечается извращение влечений к пище (больной поедает различные несъедобные вещества, а иногда просто опасные для его здоровья). Извращение влечения к пище иногда доходит при шизофрении до поедания экскрементов.

Но наиболее важной формой патологии пищевого инстинкта, наблюдающейся в психиатрической клинике, являются отказы от пищи. Длительное прекращение приема может явиться угрозой для жизни.

Причины отказов от еды могут быть разные. У некоторых больных они обусловлены потерей аппетита, ослаблением или полным отсутствием жажды и голода. У других они связаны о галлюцинациями — обонятельными, вкусовыми, зрительными, слуховыми. Больные не принимают пищу потому, что ощущают исходящий от нее гнилостный, трупный запах или отвратительный, тошнотворный вкус. Иногда больным кажется, что в поданной им пище содержится какой-то порошок, стекло, грязь или видят в ней копошащихся живых червей. Иногда больные слышат голоса, которые запрещают им есть, и под влиянием таких императивных галлюцинаций упорно отказываются от приема пищи. Важное значение имеют отказы от пищи по бредовым мотивам. Больные с бредом самообвинения не едят потому, что считают себя "великими грешниками", "не имеют права", "не заслужили" есть государственный хлеб, если они будут есть, то "дети останутся без пищи, погибнут голодной смертью". Больные с бредом отравления отказываются от еды. так как пища якобы дана им с целью отравить. У психопатов отказ от еды может носить характер демонстративного протеста, средства воздействия на врача, работника ИТУ и др. Прекращение приема пищи переносится больными по-разному. Тут играют роль физическое состояние, телесное здоровье. Слабые и возбужденные больные трудней переносят голодание и через сравнительно короткий промежуток времени может возникнуть угроза для их жизни. В таких случаях, если преодолеть отказ от еды не удается различными медикаментозными средствами, кормлением из рук родных или медперсонала, приходится прибегать к искусственному кормлению.

***Особое значение*** в психиатрической практике имеет глубокое подавление у психически больных инстинкта самосохранения, выражающиеся в самоповреждениях и самоистязаниях, в попытках к самоубийству. Поскольку психические больные не отдают отчет в своих действиях в таких случаях и не могут руководить сознательно своими поступками, охрана их жизни и здоровья — долг и обязанность лечащих врачей. Важно выяснить причины такого болезненного поведения, а они самые различные. Больные могут наносить себе тяжкие повреждения и увечья во время тяжелых делирических и депрессивных состояний, под влиянием императивных слуховых галлюцинаций, когда голоса им приказывают изувечить себя, при бреде самообвинения в порядке самонаказания за их мнимые преступления, под влиянием навязчивых мыслей и т. д.

Иногда больные по бредовым мотивам наносят себе особенно жестокие увечья, вырывают язык, отрезают части тела, выдавливают глаза. Также невероятно настойчивыми и самыми неожиданными бывают попытки больных совершить самоубийство.

Влечение к самоубийству обычно связано с психическим расстройством, иногда совсем кратковременным, при так называемых импульсивных состояниях. В отличие от навязчивых состояний, импульсивные влечения и действия представляют собой остро возникающие побуждения и стремления, подчиняющие себе сознание и поведение больного. С их возникновением подавляются остальные желания и представления. Часто при этом поведение больного, охваченного импульсивным действием, идет вразрез с обстоятельствами и ситуацией, однако он не может бороться о этим патологическим состоянием. Они нередко встречаются у душевнобольных, например у эпилептиков и шизофреников. Значительно чаще кончают жизнь самоубийством психически больные, страдающие галлюцинаторными переживаниями, при депрессивных состояниях, при бреде греховности, самоуничижения, самообвинения.

Нередко кончают жизнь самоубийством психопаты — люди, психически неполноценные, болезненное состояние которых не доходит до уровня психоза.

***Самоубийство (по определению ВОЗ***) — результат сознательных действий со стороны определенного человека, полностью осознающего или ожидающего летального исхода.

Среди всех причин смерти в странах Европы самоубийство стоит на втором месте после несчастных случаев.

В РФ в 2001 г. регистрировалось 39 завершенных суицидов на 100 тыс. населения.

В результате проведенных исследований установлено, что суицидальные попытки совершают в основном психически здоровые лица (на учете у психиатра состояли около 13 %), в условиях социальной или психологической дезадаптации.

Среди способов суицидов преобладает отравление, самоповешение. Чаще кончают жизнь самоубийством мужчины трудоспособного возраста в состоянии алкогольного опьянения по социально-бытовым и личным мотивам.

Нарушения полового инстинкта

***Расстройства полового инстинкта могут выражаться:***

1) в ненормальном усилении;

2) в уменьшении, исчезновении или

3) качественном извращении.

Что касается ненормального усиления или ненормального снижения полового влечения, то при этом нужно считаться с тем, что и в норме существуют довольно значительные индивидуальные отличия в этом отношении, связанные с рядом факторов (темперамент, моральный уровень личности, возможность волевого управления своими инстинктами, возраст).

Резкие отклонения от этих, правда очень широких вариантов нормы, должны оцениваться как патологические расстройства влечений. К ним относятся резкое снижение или отсутствие полового влечения. В большинстве случаев, если это расстройство приобретает постоянный или длительный характер, оно является результатом органического поражения нервной системы, шизофрении, ряда интоксикаций и воздействия физических агентов и др. Так называемая фригидность у женщин чаще связана с психогенными причинами, дисгармонией сексуальной жизни.

***Противоположное описанному расстройство*** — резкое повышение полового влечения. Эта гиперсексуальность носит название сатириазиса у мужчин и нимфомании у женщин (нимфы и сатиры — божества древних греков). Повышение полового влечения у большинства больных носит неодолимый, нередко навязчивый характер, возникает импульсивно, приобретает сверхценное значение для личности, а иногда превращается в сверхценные идеи, определяя весь психический склад личности, круг ее интересов.

**10.3 Парафилии**

Заметное место в психиатрической клинике занимают нарушения полового влечения (сексуальные перверзии, парафилии). Под перверзиями (от лат. перверзус — извращенный) следует понимать патологическое извращение полового влечения и формы его удовлетворения, отличающиеся от физиологического способа половой близости.

***Различные типы парафилий можно сгруппировать по следующим категориям:***

1) жертвенные парафилии (один из партнеров играет роль наказуемого — садизм; мазохизм);

2) хищнические парафилии (ситуация, когда сексуальные отношения ассоциируются только с применением насилия);

3) меркантильные парафилии (сексуальное возбуждение возникает при демонстрации испорченности и развращенности во время полового акта);

4) фетишизм (явление, при котором необходимым компонентом полового акта является какой-либо символ);

5) избирательные парафилии (когда партнер может быть выделен только из группы индивидов, предпочтительных в качестве сексуальных партнеров — педофилия, геронтофилия, эфебофилия, зоофилия, некрофилия);

6) парафилии привлекательности (специфические этапы, предшествующие половому акту, становятся самой важной деталью, отделяя возбуждение от совокупления — эксгибиционизм, фротеризм).

Наиболее частой формой перверзий является гомосексуализм. Термин "гомосексуализм" (от греческого "гомойес" — равный и латинского сексуалис — половой) впервые предложен в 1820 г венгерским врачом Бенкертом для обозначения полового влечения к лицам одноименного пола.

***В отличие от гетеросексуалов*** заключается в том, что они не могут иметь обычный вагинальный половой акт, но остальная сексуальная активность такая же: поцелуи, объятия, предварительные ласки, орально-генитальный и оральный секс. Во время половых сношений один или одна из партнеров играет активную (мужскую) роль, а второй или вторая — пассивную (женскую), но четкое распределение этих ролей при половых актах не всегда можно определить, особенно у женщин. Мужчины-гомосексуалисты, желая доставлять большее удовольствие друг другу, часто меняются ролями.

В зависимости от формы и способа реализации полового влечения выделяют взаимный онанизм, трение, орально-генитальные ласки (минет, куннилингус), ласки языком анального отверстия (аннилингус), половое сношение в прямую кишку (мужеложство). Формы поведения гомосексуалистов самые разные, как и у людей с гетеросексуальной направленностью. Они проявляются по-разному — от долгосрочных моногамных пар (гомосексуальный брак) до гомосексуального группового секса, от анонимных или разовых встреч до романтических длительных связей и ухаживаний.

**Женский гомосексуализм** называют лесбийской любовью или сафизмом по имени древнегреческой поэтессы Сафо, жившей на острове Лесбос и якобы одержимой этим влечением. Мужской гомосексуализм называют мужеложство или педерастией /от греческого пейдерастия — любовь к мальчикам/. По данным многих авторов, гомосексуализм, как мужской, так и женский, встречается примерно в 1—2 % случаев. Он является самой частой формой половой патологии. Мужской гомосексуализм очень опасен распространением венерических заболеваний. Интересно, что в отличие от мужского, женскому гомосексуализму свойственна высокая агрессивность.

К числу других форм перверзий принадлежит и так называемый трансвестизм (или трвнсвестицизм — от лат. вестум — одежда) — патологическое влечение к переодеванию в одежду противоположного пола, нередко сочетающегося с гомосексуальными тенденциями.

Транссексуализм проявляется стойким осознанием своей принадлежности к противоположному полу. Нормальное строение собственного тела и половых органов воспринимается транссексуалами как неправильное и противоестественное и сопровождается стремлением изменить пол любым путем.

**Фетишизм** (идол, талисман — франц.) — сексуальное влечение к различным одушевленным и неодушевленным предметам, частям тела и элементам одежды (бельевой фетишизм). Фетишем является конкретный зримый предмет, лишенный духовного содержания, а это духовное содержание наполняется фантазиями, зачастую без учета реальной обстановки и чувств партнера. Варианты фетишизма необычайно разнообразны. Встречается фетишизм носа, рук, груди, ног, ягодиц, полной или худой фигуры, изуродованных ног или лица, косоглазия и длинных волос, бритого лобка и волос на лобке и т. д.

У женщин фетишизм чаще всего проявляется как притяжение к разного рода татуировкам, рубцам, бороде, усам, степени развития вторичного волосяного покрова, форме одежды (чаще мундирам) и т. п. Чсто фетишем является тембр голоса мужчины, особенно тенор.

Чем больше оторван фетишизируемый признак от живого объекта, тем ярче выражена патология.

**Мессалинизм (**по имени жены римского императора Клавдия Мессалины, известной своим распутством, властолюбием и жестокостью), форма сексуального поведения женщины, испытывающей потребность в частой смене сексуального партнера.

***Различают фригидный мссалинизм*** (женщина, страдающая аноргазмией — полной первичной фригидностью, меняет партнеров в надежде испытать оргазм), нимфоманический (женщина испытывает потребность во все новых и новых оргазмах), спортивный (женщина старается установить своеобразный рекорд), меркантильный (женщина отдается любому за вознаграждение). Некоторые формы мессалинизма могут проходить после излечения их первопричины (например, фригидности или нимфомании).

**Эфебофилия** — половое влечение взрослых людей к лицам подросткового и юношеского возраста, как к девушкам, так и к юношам. При этом сексуальное возбуждение стимулируется их физической незрелостью, неопытностью. Чаще встречается у мужчин. Влечение к девушкам-подросткам ближе всего к нормальной возрастной ориентации полового влечения и до сих пор в некоторых регионах считается социально приемлемым.

Формированию эфебофилии могут способствовать трудности, возникающие как у мужчин так и у женщин при контактах со сверстниками. Возможно развитие эфебофилии у лиц с половыми расстройствами. Возникновение эфебофилии у пожилых мужчин связано с угасающим половым влечением и другими сексуальными расстройствами, когда контакты с очень молодыми девушками используются как своеобразный допинг.

**Педофилия** — половое влечение к детям, к подросткам. Встречается часто в судебно-психиатрической практике в связи с привлечением к уголовной ответственности за развращение малолетних. Иногда термином "педофилия" обозначают наклонности к сексуальным контактам с детьми независимо от их пола, а термином "нимфофилия" определяют сексуальные наклонности мужчин по отношению к незрелым девочкам. Большинство педофилов — это либо мужчины преклонного возраста, либо мужчины с низкой половой способностью, боязливые, неуверенные в себе. Возникновению этих явлений способствует сохранность полового влечения при снижении потенции. Наблюдается, главным образом, в позднем возрасте у хронических алкоголиков.

***В отличие от педофилии*** при геронтофилии наблюдается направленность полового влечения на лиц старческого (точнее — значительно старше себя) возраста. Тягу молодой женщины к стареющему мужчине некоторые специалисты объясняют ее неудовлетворенностью половыми контактами с молодыми людьми из-за их полового эгоизма, недостаточности внимания и ласки, ускоренной эякуляции, большой сексуальной потребности и т. п. Влечение молодых мужчин к женщинам пожилого и старческого возраста часто вызывается их неуверенностью в своих сексуальных способностях в связи с бытующим мнением о половой ненасытности молодых женщин.

**Зоофилией или содомией** (по названию библейского города Содом) называют направленностъ полового влечения на животных. Половые контакты человека с животными нашли широкое отражение в мифологии и искусстве. В античном мире отношение к ним было терпимым. За римскими легионами даже гнали стада коз и овец для "половых нужд армии". Согласно древним иудейским законам, половые контакты человека о животными карались смертной казнью. В эпоху средневековья уличенные в скотоложестве подлежали сожжению на костре инквизиции с животным, с которым был совершен половой акт. В современном обществе зоофилия уголовно не наказуема, но осуждается по моральным соображениям. Зоофилия встречается, главным образом, у дебильных или интеллектуально ограниченных подростков в сельской местности (чаще у пастухов).

**Порнографомания** — патологическое увлечение порнографией при описании, чтении, рассматривании или графическом изображении сексуальных сцен.

Более или менее выраженный интерес к порнографии обычно не препятствует нормальной половой жизни, но при некоторых половых извращениях порнографомания является единственным стимулом, позволяющим достичь сексуального возбуждения и удовлетворения. Это происходит при просмотре или чтении порнографии и сопровождается онанизмом.

**Групповой секс** — секс с разными партнерами в присутствии остальных. Минимальной "сексгруппой" является группа из 3 половых партнеров (триолизм), хотя их количество может быть неограничено. Групповой секс — это не просто много людей, занимающихся сексом сообща. Группа имеет свою структуру, свою систему, свое "ядро", координатора, своего рода "тамаду" — человека не обязательно самого темпераментного в сексуальном плане, но наиболее авторитетного в компании. Он назначает место и время, распределяет роли, с ним советуются, когда хотят привести новичка. В группе обычно есть женщина, создающая эмоциональное настроение, ощущение уюта, дома. Обязательно существует "звезда" — самая возбуждающая желание (сексапильная) женщина, дающая секс-импульс, свой "сексуальный вожак" со стороны мужчин. Остальные довольствуются второстепенными ролями. Поскольку в один половой акт вовлекаются сразу несколько человек, мозг получает многочисленные секс-импульсы из разных эрогенных зон одновременно, в результате чего человеку крайне трудно в последующем воспринимать одного партнера.

**Танатофилия** — разновидность мазохизма, когда половое возбуждение неразрывно связано с тематикой смерти. Мысли о собственной смерти, фантазии о ритуале похорон и той печали, которая охватит близких и родных, способствуют логическому завершению полового акта, без которых нередко возможность совершать половой акт практически отсутствует. В некоторых случаях танатофилы оборудуют специальные комнаты с гробом, венками и тому подобным, где, облачась в соответствующую одежду и улегшись в гроб, они предаются мастурбации. Некоторые описанные сексологами варианты танатофилии близки к некрофилии. В публичных домах Франции существовали специально оборудованные "комнаты покойников", в которых проститутка играла роль умершей, лежавшей среди черных занавесей и горящих свечей.

**Некрофилия** — половое влечение к трупам и совершение с ними сексуальных действий. Такая сексуальная перверзия может наблюдаться у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом при выраженной деградации личности, хроническими психическими заболеваниями и у больных с органическим слабоумием.

Обычно некрофилы используют только мертвое тело и на убийство идут крайне редко. Видимо, само убийство не является стимулом полового чувства некрофила, а его фантазии сразу переходят на манипуляции с мертвым телом.

Тяжелой формой перверзий является садизм и мазохизм. Под садизмом понимается получение полового удовольствия от жестокого обращения с партнером, под мазохизмом, наоборот, получение полового удовлетворения от страданий, которые причиняет партнер. Садист получает удовольствие, нанося болевые раздражения или подвергая мучениям, мазохист — получая их. Термины "садизм" и "мазохизм" связаны с именами писателей — маркиза де Сада и З. Мазоха. Первый из них отбывал тюремное заключение в течение 27 лет за половые преступления, связанные о актами жестокости и насилия. Второй — известный австрийский писатель — страдал мазохизмом и описал это состояние в романах.

**Вуайеризм** (от французского вуайе — зритель) — это влечение к созерцанию полового акта или обнаженных половых органов.

Состоянием как бы противоположным вуайеризму является **эксгибиционизм** — влечение к получению полового удовлетворения путем демонстрации своих обнаженных половых органов лицам противоположного пола.

Эксгибиционнзм встречается у мужчин и практически не наблюдается у женщин. Однако ряд авторов отмечают, что и некоторые женщины, например, занимающиеся профессиональным стриптизом или склонные к обнажению различных частей тела (чаще груди, бедер), имеют определенные эксгибиционисте-кие наклонности. Для большинства мужчин-эксгибиционистов важное значение имеет испуг женщины, поэтому они стремятся шокировать ее, появившись внезапно из-за укрытия, в окне или подъезде дома.

**Аутоэротизм** (нарциссизм, мастурбация). Под аутоэротизмом подразумевается направленность полового влечения на самого себя. К нему обычно относят нарциссизм и онанизм. Согласно греческому мифу красавец-юноша Нарцисс, увидев свое изображение в воде, влюбился в него и был превращен богами в цветок нарцисса. Истинный нарциссизм /возникновение подового возбуждения при виде собственного тела/ встречается крайне редко. В отличие от нарциссизма мастурбация, или онанизм является весьма распространенным явлением.

Под мастурбацией, или онанизмом, понимается половое самовозбуждение. В библии говорится, что Онан "пролил семя на землю". Отсюда и предложили термин онанизм. Некоторые авторы считают этот термин неудачным, так как Онан практиковал не самовозбуждение, а прерванное половое сношение. В качестве синонима в научной литературе чаще пользуются термином мастурбация (от латинского манус турбо — рукой приводимый в движение). В определенном возрасте это не извращение, а "эрзац" (заменитель) половой жизни. Мастурбацию следует считать патологическим явлением, если она приобретает неумеренный характер, переходит в зрелый возраст, заменяет нормальную половую жизнь.

**Монументофилия** (пигмалионизм — по имени скульптора, который изваял статую и влюбился в нее) — влечение к статуям.

**Фротеризм** — нарушение полового влечения, связанное с тем, что мужчина испытывает потребность в телесном контакте с женщиной в автобусе, других общественных местах, где партнер анонимен.

**11. Расстройства волевой деятельности и сознания**

**11.1 Понятие волевой деятельности**

Стремление и деятельность определяются в психологии понятием воли. Волевой процесс очень тесно связан с мышлением и вытекает из него поскольку мышление проявляется в действии. **Воля** — сознательная, целенаправленная деятельность человека. Все наши движения и действия могут быть непроизвольными и произвольными. Последние так и называют — волевыми. Они, в отличие от непроизвольных, направлены на достижение заранее поставленной цели, чему предшествует появление побуждения, желания, влечения к выполнению. Интенсивность таких состояний связана, с интересами данного конкретного человека, с его социальным положением, профессией, широтой кругозора, особенностями характера и т. д.

Волевой акт у человека сложен по своей структуре. Влечение — первая обязательная ступень к осуществлению любого волевого процесса. Вторая ступень — своеобразное обсуждение, так называемая борьба мотивов. После взвешивания всех "за" и "против" появляется определенная установка, разрабатывается схема-модель потенциального поведения. Завершающая часть волевого акта (третья ступень) — исполнение принятого решения, совершение самих действий.

У психически больных может наблюдаться ненормальное сокращение, вплоть до полного выпадения и, наоборот, удлинение времени раздумывания, нерешительность во второй ступени волевого акта (взвешивание мотивов).

С другой стороны, может иметь место патологическое застревание на взвешивании мотивов в виде навязчивого мудрствования или навязчивых сомнений. Даже простые, элементарные действия в таких случаях весьма затруднены для больных. Они начинают бесплодно философствовать и рассуждать или бесконечно сомневаться: принять или не принять то или иное решение, хотя речь идет о каком-либо, много раз уже осуществляемом и привычном действии — встать, начать есть и т. п.

Патология двигательной сферы у психически больных, внешне проявляющаяся в поведении, в конечном итоге относится к третьей ступени сложного волевого акта — к исполнению решений, к непосредственной деятельности. Основные расстройства могут сводиться к повышению, понижению и извращению двигательно-волевой деятельности.

**11.2 Основные виды расстройств волевой деятельности**

**Повышение двигательно-волевой активности** (гипербулия). Внешне проявляется в повышенном стремлении к деятельности, к движениям. Больные такого рода при повышенном стремлении к деятельности ни минуты не могут сидеть спокойно, они все время что-то предпринимают, ищут себе занятия, при этом не испытывают никакой усталости, несмотря на то, что это состояние физически изнурительно для них и сопровождается плохим сном, недостаточной едой. При повышенном стремлении к движению обычно больной все время бегает с места на место, пристает ко всем, что-нибудь трет, ломает, рвет, хватает за руки проходящих, плюется, ругается, пересаживается о места на место и т. д. Повышенное стремление к движениям можно иногда наблюдать у крайне истощенных больных, которые уже не могут двигаться, но, оставаясь в постели, дрожащими руками все время производят движения, сворачивают жгутом одеяло, открывают край простыни, трут себе грудь, руки, лицо, сползают на пол, тянут на себя кровать, хватают за ноги других больных и т. д.

Полную противоположность указанному состоянию представляет клиническая картина **понижения двигательно-волевой активности**, получившей название гипобулии, и полное отсутствие волевой активности — абулия. Чаще говорят об апатико-абулическом синдроме.

Есть еще одна группа расстройств двигательно-волевой сферы — парабулия (извращение волевой деятельности, которая объединяется понятием кататонического синдрома).

Кататонический синдром (кататония) проявляется чаще всего либо в виде кататонического возбуждения, либо в виде кататонического ступора (состояние моторной скованности, обездвиженности).

Кататоническое возбуждение. Пустое, нелепое, немотивированное, бессодержательное, двигательное и речевое возбуждение,

**Кататонический ступор** — обездвиженность, двигательная скованность, оцепенение. При кататоническом ступоре отмечается повышенный тонус мышц (кататония), который первоначально возникает в жевательных мышцах, затем переходит на шейные и затылочные, далее на мышцы плеч, предплечий, кистей рук, переходя на мышцы ног. Проявление ступора — симптом воздушной подушки — приподнятая над подушкой голова длительное время остается в таком положении. Такие больные могут не только недели, но и месяцы и годы проводить в постели, не обращая внимания на окружающих, часто подолгу сохраняя одну и ту же, иногда вычурную позу. Из специальных расстройств волевых функций, имеющих отношение к кататонии, большое значение имеют следующие.

Импульсивные действия и поступки больных. В этом состоянии больные внезапно прыгают с кровати и стремительно бросаются бежать, кружатся на одном месте, танцуют, громко кричат, с шумом вдыхают и выдыхают воздух, цинично бранятся, срывают с себя одежду, разрушают все, что попадает под руку, с одинаковой стремительностью и силой нападают и на людей, и на вещи,

**Патологическая внушаемость**, т. е. повышенная подчиняемость чужому влиянию. При кататонии повышенная подчиняемость проявляется в двух видах: автоматической подчиняемости и каталепсии. Каталепсия состоит в том, что больной сохраняет длительно ту позу, хотя бы и самую неудобную, которую ему искусственно придали. Его телу можно придать любую форму, как будто оно из воска (почему этот симптом имеет еще другое название — восковая гибкость). Автоматическая подчиняемость является уже более высокой формой внушаемости, так как здесь автоматический ответ получается не на элементарное раздражение, а на дифференцированные психические комплексы, слова, приказы. Больные выполняют эти приказания автоматически, например, повторно показывают язык, хотя каждый раз им колют язык булавкой. Такие автоматические действия можно вызвать и примером — это так называемая эхопраксия (подражание движениям) и эхолалия (повторение сказанных слов).

**Пониженная подчиняемость** — больной не выполняет обращенное к нему приказание" Пониженная подчиняемость может достигнуть пределов так называемого негативизма, отрицательной внушаемости, сопротивления всякому влиянию и воздействию. При негативизме больные либо не делают того, что им предлагают (пассивный негативизм), либо выполняют действия, отличные от предлагаемых им (активный негативизм), либо делают противоположное тому, чего от них требуют (парадоксальный негативизм). Негативизм особенно характерен для шизофрении: больные не отвечают на приветствие, не подают руки, стискивают зубы, когда их просят открыть рот; требуют воды для питья, а когда ее приносят, выливают, отказываются от пищи, не отвечают на вопросы, вообще не говорят (мутизм).

**Кататония** нередко сочетается с манерностью и стереотипией. Под стереотипией понимают однообразное, длящееся иногда часы, дни и недели повторение одних и тех же действий, больные остаются в одном и том положении.

**Под манерностью** понимают извращение простых действий: вычурная походка и мимика, гримасничание, своеобразная манера есть, подавать руку и пр. Например, больной — кататоник хватает тарелку с пищей и ест, закрывшись одеялом, в самой неудобной позе. Манерность может проявляться в рисунках, речи (больной создает неологизмы).

Среди всех нарушений двигательно-волевой сферы наибольшее судебно-психиатрическое значение имеют кататоническое возбуждение, импульсивные действия, активный негативизм. Такие больные могут совершать различные общественно опасные поступки. Больные с патологической внушаемостью, попадая под влияние других лиц, также могут совершать различные правонарушения.

**11.3 Понятие сознания**

К сложным формам психического функционирования, свойственным только человеку, принадлежит сознание. **Сознание** выступает как высшая, специфическая для человека форма отражательной и регулирующей его поведение психической деятельности.

Возникновение сознания у человека связано с социальной обусловленностыо его жизни, его трудовой деятельностью и общением друг с другом при помощи словесно оформленной речи.

**Понятие "сознание"** и "психическая деятельность" не равнозначны. Сложная и дифференцированная психическая деятельность человека включает в себя сознание как одну из ее высших форм. Понятие психики шире, чем понятие сознания. У человека наряду с сознательными актами поведения могут быть и такие, которые осуществляются автоматически, без контроля сознания.

В психиатрической практике сознание обычно понимается как способность человека к установлению связи одновременно существующих и сменяющихся во времени психических процессов, которая обеспечивает правильное познание действительности и регулирование взаимоотношений с окружающим миром. Больной с расстроенным сознанием как бы отрешен от окружающего мира. Восприятия у него неотчетливы, мимолетны, текучи, искажены. Они могут быть и грубо нарушены, вплоть до полного их отсутствия. В силу этого картина окружающего мира для больного теряет свою цельность, единство, воспринимается им отдельными, не связанными друг с другом, фрагментами, непоследовательно, отрывочно. Поэтому у больного в той или иной степени нарушена ориентировка в месте, времени, окружающем и в самом себе или имеется полная дезориентировка.

Мышление у таких больных ослаблено или грубо нарушено. Оно лишено связности, последовательности. Способность к суждению может пострадать вплоть до полного ее отсутствия. В некоторых случаях у больных имеются только обрывки или хаос мыслей. Направленность мыслей иногда может сохраняться в пределах узкой жизненной ситуации, большей же частью она непостоянна, изменчива, случайна или ее совсем нет.

Все, что происходит вокруг больного и с ним самим, его впечатления и переживания не фиксируются. Воспоминания же о болезненном состоянии, после выхода из него, неполны, смутны, расплывчаты или же полностью отсутствуют.

**11.4 Основные формы нарушения сознания**

***Различают количественные и качественные формы нарушений сознания.***

Уменьшение или выключение сознания в различной степени наблюдается при оглушенности, сопоре, коме. Такие нарушения сознания большей частью отмечаются при органических заболеваниях головного мозга (черепно-мозговая травма, опухоли и т. д.).

**Оглушенное сознание**. При этом нарушается отчетливость восприятий, резко затрудняются ответные реакции на внешние раздражения. Больные напоминают людей, которые плохо слышат, они как бы одурманены и с трудом воспринимают окружающие предметы и явления, не сразу отвечают на вопросы: приходится неоднократно повторять вопрос, чтобы получить ответ. Нередко больные воспринимают только сильные раздражители и совершенно не реагируют на слабые. Ориентировка в окружающей обстановке отсутствует. Продолжительность оглушенности сознания может быть различной. Известны случаи, когда оглушенность держалась в течение месяцев.

**Сопорозное состояние (сопор**). Средняя степень помрачения сознания. Разумный контакт с человеком отсутствует. Больные находятся как бы в глубоком, непробудном сне. Внешние раздражители, обращение к ним, попытки вывести их из такого состояния обычными приемами пробуждения не имеют какого-либо эффекта. Только в ответ на сильные болевые раздражители больные делают короткие занятные движения, появляется стон или гримаса боли, но тут же они впадают в свое прежнее сонливое состояние. Вступить в контакт с ними не удается.

**Коматозное состояние** (кома). Самое тяжелое помрачение сознания. Никакого контакта с таким человеком нет. Он не реагирует ни на какие раздражители.

Общим для указанных форм нарушений сознания является отрешенность больных от внешнего мира, прекращение деятельности, ослабление или потеря контактов. При этом отсутствует продуктивная симптоматика (искаженные восприятия, расстройства мышления, бредовые идеи, извращенная деятельность).

***Качественные формы нарушений сознания***

**Делирий, или делириозное сознание** — галлюцинаторное помрачение сознания с преобладанием истинных зрительных галлюцинаций и иллюзорного образного бреда, двигательного возбуждения. О наличии делириозного состояния сознания говорят в тех случаях, когда на фоне нарушения сознания возникают яркие расстройства восприятия в виде наплыва галлюцинаций, преимущественно зрительных, ярких, подвижных, калейдоскопических, нередко сценических или устрашающих. Наблюдаются вкрапления в них отдельных бредовых идей. Появляются также эмоциональные нарушения в виде тревоги и страха. При делирии oтмечается преимущественное нарушение предметной ориентировки при относительном сохранении личностной. Вот почему, обычно делириант оказывается в центре тех драматических событий, которые разыгрываются в его сознании. С таким больным возможен временный, частичный контакт. Длительность делириозного состояния — несколько дней. После выхода из делирия наблюдается частичная амнезия, но только не к тем галлюцинациям, которые он переживал. Примером этого расстройства сознания является белая горячка (алкогольный делирий).

**Онейроидное сознание** — сновидное, грезоподобное, фантастически-бредовое помрачение сознания. Занимает промежуточное положение между делирием и сновидением, В отличие от делирия, при онейроидном расстройстве сознания переживания больных, к которым больной относится как зритель ("позиция зрителя"), носят фантастический, сказочный, грезоподобный характер,. Необычайные драматические события объединены единым, внутренне связанным сюжетом. Сцены, богатые обилием деталей, быстро сменяются, элементы реальной действительности вплетаются в патологические переживания /например, палата с койками превращается в тюремную камеру с местами для пыток/. Во время онейроидного расстройства сознания поведение больного большей частью сходно с поведением спящего, которому снятся сны. Больной при этом нередко лежит неподвижно, с зачарованным выражением лица. Иногда наблюдается двигательное возбуждение кататонического типа. Воспоминания о переживаниях во время онейроидного состояния сознания, как правило, очень хорошо сохраняются, и по выходе из них больные ярко, красочно рассказывают об этих переживаниях. К другим признакам онейроида относится внезапный (критический) выход из состояния и плохая ориентировка в окружающей обстановке. Наблюдается такое состояние при наркоманиях, шизофрении, мании.

**Аментивное (спутанное) сознание** — помрачение сознания с преобладанием бессвязного (инкогерентного) речедвигательного возбуждения и растерянности. Это самая тяжелая форма расстройства сознания. При аменции утрачивается как предметная, так и личностная ориентировка. Контакт с больным невозможен. Отмечается наличие отрывочных, случайных галлюцинаций, преимущественно слуховых, бессвязность, спутанность мышления, речевых высказываний. В поведении больного отмечается хаотическое, бурное возбуждение. Длительность — до нескольких месяцев. При выходе из такого состояния наблюдается полная амнезия на период расстроенного сознания,

***Сумеречное состояние сознания***

Этот синдром характеризуется более или менее выраженным сужением поля сознания" Больных, погруженных в сумеречное состояние, образно сравнивают с людьми, идущими по бесконечно длинному коридору. Они как бы видят только то, что непосредственно находится перед глазами, совершенно не замечая и не принимая во внимание всей окружающей обстановки. Сумеречное состояние сознания нередко осложняется иллюзорно-галлюцинаторными восприятиями, часто угрожающего характера. Для этого состояния характерно также наличие полной амнезии на период расстройства сознания. Наблюдается такое состояние при наркоманиях, шизофрении, мании.

Разновидностью такого нарушения сознания является **сомнамбулизма** (снохождение), известного под названием "лунатизм". Спящий человек бесцельно бродит по комнате, шарит руками по стене, перебирает вещи, лежащие на столе, а в некоторых случаях отправляется на улицу и совершает автоматического характера действия.

Близкая к сомнамбулизму форма расстроенного сознания описывается при эпилепсии под названием амбулаторного автоматизма, Возникая мгновенно, автоматизм выражается в том, что человек совершает иногда в неподходящей для этого обстановке ряд привычных действий.

***Судебно-психиатрическая оценка***

Общим для больных, находящихся в состоянии оглушенности, сопора или комы является разная степень отрешенности от внешнего мира, прекращение деятельности и потеря контактов. Такие больные не могут совершать каких-либо правонарушений.

**Галлюцинаторно-бредовые формы** сумеречного помрачения сознания. Делирий, аментивная спутанность сознания и онейроид имеют наибольшее судебно-психиатрическое значение. Особенности бреда, галлюцинаций и аффекта, возникающих при этих формах расстройства сознания, часто являются причиной очень опасного для окружающих поведения больных. Нападая на мнимых врагов или защищая свою жизнь, больные крушат, калечат и убивают все и всех на своем пути.

**Раздел III. Частная психиатрия**

**12. Шизофрения**

**12.1 Распространенность, течение, прогноз и исход шизофрении**

**Шизофрения** — одно из самых распространенных психических заболеваний, характеризующееся непрерывно прогрессирующим течением и характерными изменениями личности, выражающимися в эмоциональном оскудении, снижении энергетического потенциала, утрате единства личности, потере связи о реальностью, характерными расстройствами мышления. В названии "шизофрения" и заключается суть заболевания (схизо — греческое слово расщеплять).

***Распространенность шизофрении*** — 1 % всего населения, чаще отмечается у мужчин. В психиатрических больницах лица, страдающие этим заболеванием составляют около половины всех больных. Среди лиц, совершивших общественно опасное деяние и признанных невменяемыми, шизофреники также составляют около 50 %.

Наиболее часто шизофрения развивается в молодом возрасте, однако может возникнуть и в детском, зрелом, а также позднем возрасте.

Несмотря на огромную значимость проблемы шизофрении, причины, а также механизм возникновения и развития этого заболевания до настоящего времени остаются неясными. Предложено много гипотез, пытающихся объяснить происхождение шизофрении (различные нарушения целостности отдельных структурных частей мозга, наследственные факторы, показывающие повышенную частоту заболевания в семьях больных шизофренией, изменения групп и состава крови, наличие особого "вируса" в организме, гормональные нарушения и т. д.), но ни одна из них не получила всеобщего признания, и вопрос возникновения шизофрении до сих пор еще не снят с повестки дня.

***Течение болезни***

Шизофрения отличается большим разнообразием клинических проявлений, как в начальной стадия, так и в разгаре заболевания. Различны и исходы болезни: от едва заметных изменений личности, не влияющих на трудоспособность и социальную адаптацию больного, до глубоких изменений, приводящих к ранней инвалидности и делающих невозможным пребывание больных вне стационара. Эти различия связаны с типом течения болезни, быстротой нарастания симптоматики, возрастом больного. Так, наиболее злокачественным является течение болезни, возникшей в детском я юношеском возрасте. Более благоприятно протекают формы болезни, возникшие в зрелом возрасте.

***Выделяют две основных формы шизофрении:***

1) с непрерывным течением;

2) с приступообразным течением.

При непрерывном течении развитие болезненного процесса может идти очень быстро и на протяжении 1—2 лет привести к явно выраженному дефекту личности.

Приступообразное течение сопровождается чередованием психических нарушений с периодами ремиссий. Под словом "ремиссия" принято понимать частичное или полное исчезновение признаков заболевания. Такое состояние может наступить в силу особых закономерностей течения заболевания (так называемая спонтанная, или "самопроизвольная" ремиссия) или в связи с терапевтическим воздействием (терапевтическая ремиссия). В ряде случаев дело ограничивается одним приступом. Причем, чередование приступов и ремиссий может быть самым различным и никаких закономерностей здесь установить не удается.

Однако благоприятное окончание первого или второго приступа еще не свидетельствует о хорошем прогнозе. После второго или третьего приступа может установиться хроническое течение болезни.

Чем дольше длится ремиссия, тем меньше оснований опасаться в дальнейшем катастрофического течения болезни.

**Исход шизофрении**

Наличие ремиссии не всегда означает остановку процесса, так как независимо от того, как протекает заболевание — непрерывно или приступообразно — оно является хроническим, пожизненным.

Прогрессирующее течение заболевания приводит к развитию шизофренического дефекта, который характеризуется выраженным расщеплением мышления. Своеобразие шизофренического дефекта состоит в том, что прежний запас знаний длительное время остается относительно сохранным, не обнаруживается грубых расстройств памяти. Если удается на некоторое время концентрировать внимание больного, то оказывается, что он в состоянии произвести иной раз довольно сложные счетные операции. При этом выраженная эмоциональная тупость, бездеятельность, отсутствие интересов, эмоциональная опустошенность, интеллектуальная непродуктивность делают больных беспомощными, неспособными к элементарному самообслуживание нуждающимися в уходе. В структуре конечного снижения психики при шизофрении диссоциация, т. е. расщепление, распад психических функций преобладает над их выпадением.

В дореволюционный период, когда уход за психическими больными был на низком уровне, большинство страдающих шизофренией умирало от туберкулезной инфекции. Считалось даже, что туберкулез является неизбежным исходом шизофрении. В настоящее время смертность от туберкулеза при шизофрении стала незначительной, но тем не менее следует подчеркнуть восприимчивость больных шизофренией ко всякого рода инфекциям и соматическим заболеваниям, которые могут приводить к смерти.

Трудоспособность колеблется в широком диапазоне: от полной утраты трудоспособности с необходимостью ухода и надзора за инвалидом, до полной профессиональной сохранности с возможностью творческого роста.

**12.2 Клиника шизофрении**

При всем многообразии отдельных проявлений шизофрении существуют общие, характерные для данного заболевания психические расстройства.

**Расстройство мышления**. У шизофреников, в отличие от больных с признаками органического слабоумия, сравнительно мало поражаются отдельные, так называемые формальные способности интеллекта (внимание, наблюдательность, память, суждения). При шизофрении ослабевает главным образом ведущая и регулирующая сила интеллекта, нарушается умение пользоваться имеющимися в распоряжения средствами и сохранившимися способностями для продвижения мысли в определенном направлении.

Иногда, при шизофрении внезапно наступает полная остановка течения представлений, мыслей. Это расстройство находит отражение и в речи: больной внезапно замолкает и может начать говорить только спустя некоторое время.

Особую форму представляет **насильственное мышление**. Оно характеризуется тем, что в сознании, помимо желания, возникают чужие для больного мысли случайного содержания, насильственно вкладываемые в него кем-то посторонним.

При шизофрении встречается и такая форма расстройства мышления, которая получила название наплыва мыслей — мантизм. Это неуправляемый поток собственных мыслей, возникших независимо от желания больного.

Характерное расстройство представляет **резонерствующее мышление** — глубокомысленное по форме и бедное по содержанию. Предметом рассуждения служат какие-либо незначительные факты, не заслуживающие внимания. Мышление в силу этого оказывается совершенно бесплодным. Все высказывания таких больных формально построены правильно, но лишены какого-либо смысла.

**При символическом мышлении**, которое также наблюдается при шизофрении, определенные понятия заменяются другими, понятными только самому больному. При символическом мышлении у психических больных одно явление становится символом другого. При этом абстрактное иногда нелепо конкретизируется: например, больной разделся догола и на вопрос, почему он это сделал, объяснил, что "нагота — это освобождение от глупых мыслей запутавшегося псевдочеловека". Иногда больные употребляют в речи и в письме новые, никому неизвестные, ими образованные слова — неологизмы.

В некоторых случаях мышление при шизофрении отличается рядом особенностей, которые заставляют думать о какой-то особой "кривой" логике: при отсутствии каких-либо расстройств памяти, способности счета, даже при наличии соображения и критики к большинству обычных явлений, мышление дефектно в своих основных предпосылках, вследствие чего оно является странным. непонятным, лишенным логики. Такое мышление получило название паралогичного.

Наиболее типична для шизофрении **разорванность мышления**. Разорванное мышление представляет сочетание логически не связанных между собой мыслей, не регулируемых, не направленных к какой-нибудь определенной цели. Степень разорванности мышления может достигнуть такого состояния, когда бросается в глаза отсутствие связи между словами, вследствие чего речь производит впечатление набора слов, "словесной окрошки". Вновь возникающие представления часто совершенно неожиданны, идут как бы скачками. Часты повторения одного и того же слова или фразы — стереотипия речи, иногда переиначивание и бессмысленное нанизывание одного слова на другое — вербигерация.

Изменения в эмоциональной сфере играют большую роль в клинике заболевания. Эмоциям при шизофрении, даже в начальных стадиях, не хватает живости и яркости. Больной может демонстрировать эмоции, но не переживать. Нередко они характеризуются двойственностью, благодаря которой в больном уживаются противоположные эмоции и выступают то холодность и безразличие, то повышенная чувствительность и ранимость. Характерна неадекватность эмоциональных реакций на внешние раздражения. Больной может безразлично отнестись к событиям, всегда волнующим здорового человека, к горю и страданиям своих близких и, вместе с тем, может дать бурный взрыв по самым незначительным причинам.

Расстраиваются не только сами эмоциональные реакции, но и форма их выражения. Движения, жесты и мимика однообразны, склонные к стереотипии, неяркие, обычно не соответствуют тем переживаниям, которые в данное время можно предполагать у больных. Последнее получило название парамимии, выражающейся, например, в улыбке, с которой больные сообщают о переживаемых ими ужасах. Вместе с явлениями психического оскудения выступает все более выраженная бедность переживаний. Эти особенности в дальнейшем все увеличиваются и приводят к эмоциональному опустошению с резкой картиной вялости и безразличия. Выраженные случаи болезни характеризуются тяжелым эмоциональным оскудением — эмоциональной тупостью.

Определяющее значение в структуре психики при шизофрении играет **аутизм** — нарушение социальных связей, потеря контакта больного с реальностью и уход в себя, в мир внутренних переживаний. Попытки проникнуть в его внутренний мир редко заканчиваются успехом. Иногда больные поддерживают лишь формальный контакт, беседуя на темы, не относящиеся к их личности, но тотчас же уклоняются от собеседования, если вопрос касается их здоровья, личных планов и намерений.

При шизофрении может наблюдается картина как бы противоположных стремлений (амбитендентность), когда больной стоит в нерешительности, двигается из стороны в сторону, не зная, что ему сделать. Когда противоположные чувства, эмоции существуют одновременно, говорят об амбивалентности.

***Типичные признаки шизофрении*** имеют тенденцию к нарастанию (прогредиентность). Так, например, эмоциональные расстройства, возникшие в начале заболевания (неадекватность, снижение интересов и т. п.), с течением времени приобретают характер эмоциональной тупости.

**12.3 Основные клинические формы шизофрении**

***Характерные черты шизофрении*** вместе с другими признаками в той или иной степени проявляются в различных ее формах. Выделяют четыре формы заболевания: простая, гебефреническая, кататоническая и параноидная. Выделение отдельных форм носит условный характер, так как наряду о симптомами, обусловливающими ту или иную форму, могут встречаться признаки, свойственные другим формам, и в течении болезни возможны смены синдромов.

**Простая форма**. Характеризуется нарастанием основных симптомов болезни: эмоциональным обеднением, выражающимся в снижении интересов, неадекватностью эмоций, эмоциональным отупением, появлением апатии, аутизма и интеллектуального дефекта. Этой формой заболевают обычно в молодом возрасте. Болезнь развивается постепенно. Больные становятся вялыми, безучастными, утрачивают интерес к знакомым, к работе, стремятся к уединению, большую часть времени проводят в постели, перестают следить за своей внешностью, имеют неопрятный вид. Такой больной может производить впечатление человека глубоко опустившегося, неряшливого и нерадивого, а не душевнобольного. Нередко у таких больных проявляется враждебное отношение к близким родственникам, подозрительность к окружающим.

Отмечаются определенные нарушения мышления. Больные испытывают затруднения при незначительном умственном напряжении. По несколько раз прочитывают одну и ту же фразу, чтобы вникнуть в ее смысл. Часто высказывают жалобы на "пустоту в голове", "отсутствие мыслей".

Явно выраженных галлюцинаций и бредовых идей у больных, как правило, не бывает (лишь иногда возникают психосенсорные расстройства и нестойкие бредовые идеи).

Заболевание в основном протекает непрерывно, с постепенным нарастанием клинических симптомов. Лишь изредка наблюдается оживление психической активности. Эта фopма, не давая острых и бурных картин, имеет обычно злокачественное течение, заканчиваясь нередко исходным состоянием — дефектом личности, полной потерей ее социальной значимости.

**Гебефреническая (юношеская) форма.** Это наиболее злокачественная форма шизофрении. Чаще встречается в юношеском возрасте. По своим проявлениям в начале заболевания она в известной мере похожа на простую. Такие симптомы, как эмоциональное снижение и волевые нарушения в клинической картине занимают ведущее место. В то же время в клинической картине гебефрении наряду с разорванностью мышления, вычурностью речевой продукции, выраженной неадекватностью эмоций преобладает нелепость поведения. Больные гримасничают, поступки их отличаются странной нелепостью, носящей порой как бы характер шаловливости или дурашливости: с больным здороваются, а он, вместо того, чтобы подать руку, повертывается спиной и поднимает ногу; во время обеда больной сливает в одну миску первое, второе и третье блюдо и ест все это, не пользуясь ложкой.

Больные перестают интересоваться всем, что раньше привлекало их внимание, становятся неспособными к выполнению даже несложной работы. Иногда можно отметить нестойкие бредовые идеи величия и преследования и отдельные галлюцинаторные переживания. Эта форма шизофрении имеет неблагоприятный прогноз. Спустя сравнительно короткое время у больных развивается картина дефекта личности.

**Параноидная форма —** самая частая. В клинической картине ведущим является бред. Бред может быть любой, но для шизофрении особенно типичен бред отношения, преследования, отравления, физического воздействия, ипохондрический. При этой форме чаще, чем при других, наблюдаются галлюцинации. В первую очередь это слуховые, которые часто носят императивный характер. Бывают также тактильные и зрительные. Поведение больных определяется содержанием галлюцинаторных и бредовых переживаний. Поэтому такую форму шизофрении иногда называют галлюцинаторно-бредовой. Параноидная форма обычно начинается позднее, чем другие формы шизофрении, иногда в возрасте 30—40 лет, но может начаться и в юношеском возрасте.

Одним из проявлений бреда отношения является то, что больные считают. что все вокруг стали к ним плохо относиться. Они начинают замечать, что окружающие люди по-особому смотрят на них, насмехаются, пытаются оскорбить.

При бреде преследования больные постоянно видят вокруг себя врагов, подосланных лиц, шпионов и т. п. Иногда они утверждают, что существует специальная организация, которая занимается слежкой за ними.

При бреде физического воздействия больные утверждают, что кто-то с помощью специальных аппаратов наносит вред их здоровью. Для больных характерно ощущение утраты своих психических переживаний и принадлежности самому себе действий и поступков. Такие больные утверждают, что они живут, думают, говорят не сами по себе, а под влиянием какой-то силы извне.

Довольно часто встречается бред отравления. В этих случаях нередко больные считают, что им подсыпают яд в пищу, что может быть причиной отказа от еды.

**При ипохондрическом бреде** больные, например, утверждают, что их внутренние органы атрофированы, пища не усваивается, мозг ссохся и стал маленьким. В других случаях больные убеждены, что они больны раком, требуют операции, "обнаруживают" у себя все признаки: этого заболевания. В некоторых случаях без достаточных к тому оснований возникает мысль об уродстве отдельных частей своего тела. Больные утверждают, например, что у них длинные зубы, волосатые уши, тонкие ноги (синдром дисморфофобии). Эти переживания сопровождаются депрессией, бредовыми идеями отношения и постепенным нарастанием характерных признаков шизофрении. Нередко больные скрывают от окружающих свои болезненные переживания, внешне ведут себя нормально, работают.

Болезнь приводит в конечном счете к дефекту личности. Лечится довольно успешно, особенно в раннем периоде заболевания.

**Кататоническая форма**. Для этой формы характерны в основном двигательные нарушения, которые проявляются в виде кататонического возбуждения или той или иной степени заторможенности (ступора), вплоть до полной обездвиженности больного.

Кататоническое возбуждение чаще наступает внезапно, Оно характеризуется следующими основные признаками: движения больных нецеленаправленны, хаотичны, нередко носят импульсивный характер, часто отмечается стереотипия движений и речи, что выражается в повторении одного и того же действия, слова или фразы. В случаях речевого возбуждения, которое может не сопровождаться общим двигательным возбуждением, больные выкрикивают отдельные слова, фразы, которые обычно не имеют между собой никакой видимой связи, так что понять речь такого больного трудно и даже невозможно. Больные иногда повторяют слова и действия окружающих (эхолалия и эхопраксия). Возбуждение может смениться двигательной заторможенностыо.

Степень двигательной заторможенности бывает различной. Она может проявлятъся в замедленности движений, в ограничении их объема, но может достигнуть и полной обездвиженности.

При резко выраженном кататоническом ступоре больные неподвижны. При этом положение их головы, тела и конечностей может быть различным. То они принимают эмбриональную позу (руки и ноги максимально согнуты во всех суставах и прижаты к туловищу, голова наклонена вперед так, что подбородок касается груди), то лежат с разогнутыми конечностями. Изменить позу такого больного обычно не удается. В других случаях легко удается менять позу обездвиженных больных, например, их поднятые руки и ноги падают как плети. Иногда обнаруживается явление, известное под названием восковой гибкости. Так, например, если подойти к такому больному и поднять ввepx его руку или ногу, то поднятая конечность надолго застывает в этом положении. Некоторые из больных, находясь в постели, подолгу держат голову над подушкой так, что под головой имеется пространство (симптом "воздушной подушки").

Отмечено, что такие больные на задаваемые вопросы обычно не отвечают (явления мутизма).

Одним из частых признаков этой формы шизофрении является пассивный, активный, парадоксальный негативизм. Негативизм часто является причиной отказа от еды. Продолжительность ступорозных состояний бывает различной. Они могут длиться от нескольких дней до многих лет. Кататоннческая форма часто течет периодически, приступообразно. Между приступами у больных могут наблюдаться различной продолжительности светлые промежутки. Такой больной иногда совершает импульсивные правонарушения.

**12.4 Судебно-психиатрическое значение шизофрении**

**Шизофрения** — заболевание, при котором больные, за редким исключением, признаются невменяемыми. В тех случаях, когда болезнь развивается в период предварительного следствия или уже в местах лишения свободы, после вынесения судом приговора, заболевшие освобождаются от отбывания наказания.

***Особенности судебно-психиатрической оценки*** вяло текущей формы шизофрении заключаются в трудности ее распознавания из-за стертости клинических проявлений. Нарастающие изменения личности, свойственные шизофрении, у этих больных могут ошибочно расцениваться как характерологические особенности. Больные с этими особенностями течения дольше могут оставаться нераспознанными в местах лишения свободы и в отношении их чаще могут допускаться ошибки в период предварительного следствия и суда. Нарастание симптоматики может привести к общественно опасному деянию.

Наибольшую опасность представляют больные, у которых на фоне сравнительного благополучия неожиданно возникают периоды обострения, тем более, если диагноз не установлен.

**Ремиссии при шизофрении** могут наблюдаться у больных с нерезко выраженными изменениями личности. В этом состояния они также могут совершать общественно опасные действия. Определенные затруднения в таких случаях может представлять решение вопроса о вменяемости этих лиц. Длительные и стойкие ремиссии без заметных изменений личности сравнительно редки, поэтому, как правило, больные шизофренией и в период ремиссии признаются невменяемыми.

Поведение больных при совершении ими общественно опасных действий определяется ведущим клиническим синдромом в картине болезни. Наиболее опасны больные с параноидным синдромом. Под влиянием бредовых идей отношения, преследования, физического или гипнотического воздействия, больные могут совершать нападения, убийства.

Нередко больные шизофренией проходят судебно-психиатрическую экспертизу в связи с гражданскими делами, когда решается вопрос их дееспособности. Если человек болен, то он недееспособен и гражданские акты расторгаются, как не имеющие законной силы.

**13. Маниакально-депрессивный психоз (МДП)**

**13.1 Распространенность, течение, прогноз и исход МДП**

Это заболевание было известно врачам еще в древности. Гиппократ рассматривал маниакальные и депрессивные состояния как самостоятельные заболевания, как манию и меланхолию. Эта точка зрения сохранялась многие годы. Лишь в конце прошлого века немецкий психиатр Э. Крепелин провел длительное наблюдение над больными, у которых отмечались маниакальные и депрессивные приступы, и на основании тщательного изучения истории жизни этих больных пришел к выводу, что речь идет не о различных заболеваниях, а об одном, в клинической картине которого в разные периоды могут наблюдаться маниакальные или депрессивные состояния. Э. Крепелином было создано учение о маниакально-депрессивном психозе.

**Особенности течения МДП**

Болезнь протекает в виде повторяющихся приступов (или фаз) маниакального и депрессивного состояния. ***В протекании и повторении этих приступов возможны различные варианты:***

1) приступы чередуются со светлыми промежутками;

2) двухфазный вариант — светлый промежуток наступает после маниакального и депрессивного приступов, следующих один за другим;

3) непрерывное чередование противоположных фаз без светлых промежутков.

В ряде случаев в картине болезни могут преобладать или только депрессивные или только маниакальные фазы.

Длительность приступов и светлых промежутков различна: от нескольких дней до нескольких лет. У большинства больных с возрастом отмечается тенденция к удлинению приступов (особенно депрессивных) и укорочению светлых промежутков.

**Светлые промежутки между приступами** — практически состояние психического здоровья. Такие лица возвращаются к нормальной жизни и деятельности, их поведение, работоспособность и взаимоотношения с окружающими ничем не отличаются от тех черт, которые им были свойственны до болезни.

Несмотря на тяжесть, длительность и многочисленность приступов, интеллектуального снижения и изменения личности не происходит.

Женщины болеют МДП в 3—5 раз чаще мужчин. Заболевание начинается либо в молодом, либо в зрелом возрасте (35—55 лет). Причины заболевания до настоящего времени не известны. Прогноз относительно благоприятный.

**13.2 Клинические проявления маниакальной фазы МДП**

При маниакальных состояниях отмечается так называемая ***маниакальная триада симптомов:***

1) повышенное настроение;

2) ускорение темпа мышления;

3) речевое и двигательное возбуждение.

В маниакальной фазе изменения настроения проявляются в повышенном самочувствии, которое приобретают оттенок эйфории: больные веселы, довольны собой, чувствуют себя счастливыми. Неприятные ощущения им просто недоступны. Их физическое самочувствие превосходно, избыток энергии — постоянное явление. Возможности представляются неограниченными, а препятствий для их осуществления просто нет. Чувство собственного достоинства повышено. Это картина "веселой мании". Она редко остается неизменной. Изменения происходят сами по себе и под влиянием внешних причин. Свойственная больным требовательность и нетерпеливость постоянно влекут за собой столкновения с окружающими, во время которых, особенно, если больным противоречат, веселье сменяется раздражением, гневливостью и даже вспышками ярости. Последние, правда, почти никогда не бывают продолжительными. Если перейти на миролюбивый тон, или прекратить спор, то к больным также легко возвращается прежнее добродушное веселье.

Вместе с тем встречаются случаи, когда повышенное настроение на протяжении значительных отрезков времени сочетается с отчетливым недовольством и раздражением — так называемая "гневливая мания".

Для больных типична явная переоценка своих, зачастую действительно имеющихся способностей. Обычно это касается профессии, художественного творчества, физических возможностей. Значительно реже эти идеи переоценки могут смениться настоящим бредом. Характерно возникновение бреда величия различного содержания — богатства, реформаторства, высокого социального происхождения, исключительных возможностей. Чаще бред возникает у больных пожилого возраста.

***Интеллектуальное возбуждение*** проявляется в резко ускоренном и облегченном течении идей и представлений, их быстрой смене. Темп мышления резко ускорен. Сочетание ассоциаций происходит преимущественно по внешним признакам. Мышление поверхностное, сочетающееся с крайней отвлекаемостью. Любое слово собеседника, присутствующих, обстановка комнаты, поведение персонала и больных в отделении — все вызывает моментальную реакцию больных. При этом замечания больных нередко отличаются остроумием, образностью характеристик, свидетельствующими о повышенной наблюдательности. Характерно также обострение памяти (гипермнезия) по отношению к событиям предшествующим заболеванию. Однако во время заболевания страдает закрепление в памяти событий за счет отвлекаемости внимания. При выраженном маниакальном состоянии темп мышления настолько убыстряется, что приобретает характер "скачки идей", вплоть до спутанности.

***Резко повышенное настроение***, убыстрение темпа мышления при маниакальных состояниях сочетаются с речевым и двигательным возбуждением. Больные говорят без умолку, отчего голос становится хриплым (очень характерно для МДП). Фразы часто не закончены из-за выраженной отвлекаемости. При выраженной скачке идей речь производит впечатление бессвязной, как бы не успевающей за вихрем ассоциаций. Это связано с тем, что выпадает много промежуточных звеньев. Если их удается восстановить путем дополнительных вопросов, то оказывается, что каждое слово, как будто и не имеющее связи со всеми остальными, представляет часть вполне законченной и осмысленной фразы. Одна больная говорила о том, что у нее язык соревнуется в быстроте с мыслями, но все-таки не поспевает за ними. Речь перемежается шутками, остротами, каламбурами, иностранными словами, цитатами.

Больные все время находятся в движении, им трудно усидеть на месте. В основе двигательного возбуждения больных всегда лежит стремление к деятельности. Прилив физических сил, оптимизм, преувеличенное представление о своих возможностях создают у маниакальных больных предпосылки для совершения массы "дел". Все они важны, все неотложны, все требуют одновременного и немедленного исполнения. Чаще это разбросанная деятельность, но иногда все попытки направлены на разрешение нескольких конкретных вопросов, и тогда поведение больных может приобретать выраженный сутяжный характер. Дезорганизация дома, на работе и в иных местах создается вокруг больных постоянно. Ее усиливает и то обстоятельство, что больные из-за своей нетерпеливости и раздражительности совершают поступки, расцениваемые окружающими как хулиганские, привлекающие к себе всеобщее внимание. Словом и делом они вмешиваются во все, затрудняя работу окружающих. Свои советы они быстро, хотя и ненадолго, забывают, а если и принимаются за что-либо сами, то вскоре, недоделав, бросают, несмотря на то, что выполнение задуманного ими требовало совсем немного времени.

**Характерен внешний облик больных**. Глаза блестят, лицо покрасневшее, при разговоре вылетают брызги слюны, образующие пенистые скопления по углам рта и даже на губах. Мимика отличается живостью, движения быстры и порывисты, жесты и позы подчеркнуто выразительны. Любят ярко и броско одеваться. Больные совершенно не способны усидеть на месте даже в тех случаях, когда это необходимо. Во время бесед с врачом они все время меняют позу, вертятся, вскакивают с места, нередко начинают ходить и даже бегать по кабинету. Могут есть стоя, торопливо глотая плохо пережеванную пищу.

***Резко усиливаются влечения.*** Аппетит обычно значительно повышен. Может наблюдаться прожорливость. Характерной для маниакальных состояний является повышенная сексуальность. Больные много говорят на эротические темы, легко вступают в связи, часто с малознакомыми или совершенно незнакомыми людьми. При значительной степени возбуждения больные становятся циничными, онанируют, проявляют грубую сексуальность по отношению к окружающим.

**13.3 Клинические проявления депрессивной фазы МДП**

***В депрессивную фазу МДП отмечается следующая триада симптомов:***

1) пониженное настроение;

2) замедление, заторможенность ассоциативных (мыслительных) процессов;

3) речевая и двигательная заторможенность.

**Пониженное настроение**, достигающее по мере ухудшения состояния степени глубокой подавленности, безысходной тоски определяет весь облик, содержание сознания и поведения больных. Тоска сопровождается переживанием болезненного неблагополучия (неприятные опущения в груди и во всем теле, слабость, вялость, нарушение сна, резкое снижение работоспособности) — витальная тоска. При выраженной депрессии больные испытывают гнетущую беспричинную тоску, особенно усиливающуюся по утрам, их ничто не радует, никакие события не в состоянии отвлечь их. На всех переживаниях больных лежит печать безысходности, непоправимости. Все прошлое и настоящее предстает в мрачном свете. Эти переживания больных сопровождаются характерным чувством собственной неполноценности, вины. У одних больных это крайне мучительное безотчетное, неясное чувство вины, у других развиваются бредовые идеи самоуничижения, виновности, греховности.

**Бред виновности.** Больные говорят о том, что вся их прошлая жизнь представляет собой сплошную цепь ошибок и преступлений, они причинили много горя и вреда своим родным, из-за их халатности и грубых ошибок в работе тяжело пострадали невиновные лица и т. п. В основе этих высказываний лежит депрессивная переоценка прошлого с бредовым искажением действительности. Самые незначительные поступки прошлой жизни рисуются как тяжелые преступления. У людей верующих содержание депрессивного бреда приобретает религиозный характер (идеи греховности). Бред виновности тесно переплетается с идеями самоуничижения. Больные считают себя плохими, ничтожными людьми. У них нет никаких способностей, они ни к чему не пригодны, они в тягость всем близким, веем только мешают, их не следует держать в больнице, они не имеют права на заботу персонала, не должны занимать места в больнице. В тесной связи с идеями самоуничижения и виновности находятся высказывания отдельных больных о том, что они, будучи совершенно здоровыми, симулируют, обманывают врачей, соглашаясь лечиться и находиться в больнице, в то время как у них просто не хватает силы воли заставить себя работать, искупить свою вину.

На этом фоне или самостоятельно может возникать ипохондрический бред (бред несуществующей болезни). Чаще всего больные говорят о наличии неизлечимого, приводящего к смерти страдания (рак, туберкулез) или болезни, считающейся в обыденной жизни позором (сифилис). Нередко ипохондрический бред сопровождается тягостными или просто болезненными ощущениями (жжения, переливания, натяжения и т. п.) — сенестопатиями. В таких случаях говорят об ипохондрически-сенестопатической депрессии.

Во время депрессивной фазы у больных отмечается не только болезненно искаженная переоценка своего прошлого, настоящего и будущего, но и трактовка отношения к ним окружающих. Характерными являются гармонирующие с депрессивным содержанием сознания идеи отношения. Окружающие обращают на них внимание, по их виду, голосу, взглядам ясно, что они знают об ошибках и проступках больного, осуждают их. Иногда отмечаются единичные слуховые галлюцинации также депрессивного содержания. Характерным для депрессивного состояния является проявление "чувства бесчувствия" (депрессивная деперсонализация). Больные жалуются на то, что они резко изменились; стали черствыми, безразличными, их не трогают ни радостные, ни печальные события, у них пропало чувство привязанности к близким, относятся к ним "по обязанности", "разумом понимая, что это необходимо". Мучительное чувство вины, гнетущая тоска, чувство безысходности нередко способствуют возникновению суицидальных мыслей и стремлению их реализовать.

При депрессивном состоянии особенно **тягостные переживания** бывают в ранние утренние часы. В это время больные нуждаются в самом строгом надзоре. Такие больные могут совершить не только самоубийство, но и расширенное самоубийство, когда больной, по бредовым соображениям, приходит к выводу, что членам его семьи угрожают бедствия и опасности, и, чтобы избавить их от будущих страданий, убивает их, а затем совершает самоубийство. В этих случаях обычно возникает необходимость в посмертной экспертизе.

Именно при состояниях депрессии чаще всего можно наблюдать меланхолический раптус (меланхолический взрыв, меланхолическое буйство). Внезапно развивается двигательное возбуждение, имеющее своей целью самоизувечение или самоубийство.

Помимо преобладания депрессивного содержания мыслей, во время депрессии отмечается и значительное **замедление ассоциативного (мыслительного) процесса,** преобладают мысли и представления, которые связаны с депрессивным настроением и бредом. Их содержание крайне однообразно, а ход замедлен. Отдельные слова больным трудно связать даже в короткое предложение. Для выражения своих мыслей они не находят слов. Постоянно говорят о том, что трудно сообразить, собраться с мыслями, выразить то, что испытывают.

**Эмоциональное угнетение и заторможенность мышления** в типичных случаях депрессии сопровождается двигательным торможением. Больные большую часть времени сидят в однообразной согбенной позе или стремятся лежать в постели. Движения медленные, мимика застывшая, скорбная, речь тихая, односложная. Голос монотонный. Обычно больные ни о чем не спрашивают, отвечают на вопросы после длительной паузы. Двигательное торможение при тяжелой депрессии может достигать степени полной обездвиженности (депрессивный ступор). В этих случаях обычно больные совершенно перестают отвечать на вопросы, не реагируют на внешние раздражители. Внешне депрессивный ступор напоминает кататонический, однако отличается от последнего отсутствием отчетливых явлений негативизма, восковой гибкости и, что особенно важно, внешним обликом больного, проявляющимся в скорбной мимике, настолько выразительной, что позволило одному психиатру такой облик больного определить как "полную выражения и жизни позу статуи, в окаменелых чертах которой отлилась вся глубина душевного бессилия и драмы".

Депрессивные состояния встречаются чаще, чем маниакальные.

**13.4 Судебно-психиатрическое значение МДП**

Больные в состоянии маниакального возбуждения могут быть агрессивными, наносить оскорбления, совершать разрушительные действия и убийства. В связи с повышенной сексуальной возбудимостью больные совершают развратные действия, изнасилования.

В маниакальном состоянии возможно возникновение половых перверзий (эксгибиционизм, гомосексуальные тенденции), не свойственных больным ранее и исчезающих вместе с приступом болезни. Маниакальные больные иногда попадают на экспертизу в качестве потерпевших (использование их болезненного состояния с целью изнасилования, развратных действий и др.) для установления психического заболевания. Больные в депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза дают меньше поводов для направления на судебно-психиатрическую экспертизу. Наибольшее значение имеют попытки расширенного самоубийства (окружающих убил, а себя не успел). На экспертизу депрессивные больные могут направляться и в связи с совершением противоправных деяний (халатность, неоказание помощи и т. п.), обусловленных общей психомоторной заторможенностью, понижением импульсов к деятельности. Вопрос о невменяемости не вызывает сомнений, когда общественно-опасное деяние совершено во время приступа.

Больных обычно направляют на принудительное лечение в психиатрическую больницу общего типа. Если больной к моменту экспертного обследования уже находится в светлом промежутке, целесообразно ограничиться амбулаторным наблюдением и профилактическими мерами. Обследуемые, совершившие правонарушения в светлом промежутке, признаются вменяемыми.

Экспертам приходится решать вопрос о дееспособности больных маниакально-депрессивным психозом. Больные, преимущественно в маниакальной фазе, могут совершать различные имущественные акты, обмен жилой площади, заключать браки. Если подобные гражданские акты совершены во время приступа психоза, больных признают недееспособными, а заключенные акты расторгаются как не имеющие законной силы.

**14. Эпилепсия**

**14.1 Распространенность, течение, прогноз и исход эпилепсии**

**Эпилепсия** — хроническое нервно-психическое заболевание, которое характеризуется внезапно возникающими расстройствами в виде различных судорожных припадков, а также рядом других нарушений психики.

Термин "эпилепсия" происходит от греческого слова, означающего "схватываю"; и подчеркивает наиболее бросающийся в глаза симптом болезни — припадок, который проявляется внезапной потерей сознания и непроизвольным сокращением мышц. Эпилепсию называли также болезнью Геркулеса, лунной или священной болезнью, черной немочью, падучей.

Эпилепсия принадлежит к числу распространенных заболеваний. На 1000 населения приходится не менее 5 больных эпилепсией. На нашей планете в настоящее время живет свыше 20 млн. больных эпилепсией.

Мужчины болеют эпилепсией несколько чаще, чем женщины.

Эпилепсию делят на ***симптоматическую и генуинную***.

При симптоматической эпилепсии обычно имеется лишь один из основных эпилептических признаков — судорожный припадок. Эпилептический припадок при этом является одним из симптомов какого-либо соматического заболевания: травматического поражения мозга, опухоли, сифилиса, отравления и т. д. Психические же изменения менее выражены, чем при генуинной эпилепсии, либо вообще отсутствуют.

**Генуинная эпилепсия** — самостоятельная болезнь. Ее иногда называют также эссенциальной (первичной), идиопатической (самородной, самобытной), криптогенной (неизвестного происхождения), или истинной, настоящей эпилепсией, эпилептической болезнью.

Причины заболевания не известны.

В большинстве случаев (85—90 %) истинная (генуинная) эпилепсия начинается в детском и подростковом возрасте, что объясняется повышенной судорожной готовностью детского мозга. Генуинная эпилепсия является длительным, прогрессирующим хроническим заболеванием, Особенности его течения и злокачественность определяются в известной степени характером припадков, их частотой и временем наступления в течение суток. Само по себе заболевание не приводит к смертельному исходу. Смерть может наступить, когда больной во время припадка падает с высоты, тонет, попадает под машину. Опасно для жизни так называемое эпилептическое состояние (серия следующих один за другим припадков), если помощь больному не оказана своевременно. Заболевание может привести к развитию эпилептического характера и слабоумию. Для клинической картины характерно наличие трех групп проявлений.

**14.2 Клинические проявления эпилепсии**

**14.2.1 Эпилептические припадки**

Наиболее частой и типичной формой эпилептических приступов является ***развернутый судорожный ("большой") припадок***. Большой припадок начинается после мгновенного выключения сознания. При этом больной падает, причиняя себе иногда тяжелые телесные повреждения, ожоги и пр., в результате чего он может погибнуть. Тут же возникает напряженное состояние мышц, находящихся в длительном сокращении. Одним из проявлений этого иногда служит характерный крик больного, обусловленный спазмом дыхательной мускулатуры, диафрагмы и голосовой щели. Одновременно судороги охватывают почти всю мускулатуру: конечности вытягиваются или же застывают в согнутом положении, дыхание останавливается, лицо становится синюшным. Глазные яблоки закатываются, зрачки расширяются и на свет не реагируют. Наблюдается прикусывание языка или внутренней поверхности щек и губ, изо рта может идти пена. Продолжительность таких судорог 25—30 с.

Затем развивается ритмическое сокращение мышц, которое начинается обычно судорожным вдохом, после которого изменяется окраска лица (синюшность сменяется краснотой). Во время припадка может наступить удушье, если больной лежит лицом вниз (в луже, мусоре или уткнувшись лицом в подушку). Постепенно нарастают ритмические судорожные сокращения головы, глазных яблок, языка, верхних и низших конечностей. Судороги прерывистого характера длятся 1,5—2 мин и заканчиваются общим расслаблением мышц.

По окончании судорожной фазы припадка у больного обнаруживаются признаки глубокого помрачения сознания типа комы: он не реагирует на оклики, болевые раздражения.

Нередко припадок сопровождается непроизвольным мочеиспусканием, а иногда и дефекацией.

**Коматозное состояние** может непосредственно переходить в глубокий сон, продолжающийся в течение нескольких часов, Припадок амнезируется.

При некоторых формах эпилепсии могут наблюдаться серии судорожных припадков (до 100 в сутки). У этих больных чаще может возникнуть крайне опасный для жизни эпилептический статус: большие припадки следуют один за .другим с интервалами 5—15 мин и в межприступном периоде сознание больного не проясняется (сохраняется глубокая степень оглушенности). Если больному не оказывается неотложная помощь он может умереть, чаще от остановки дыхания, отека мозга, сердечно-сосудистой недостаточности.

Иногда за несколько часов и далее за сутки до припадка у больного изменяется настроение, появляется злобная раздражительность или тоскливость, возникает головная боль, общее недомогание и пр. По этим признакам больные иногда предугадывают приближение припадка и нередко успевают добежать до постели, чтобы не упасть, не расшибиться. Эти так называемые отдаленные предвестники большого припадка мимолетны и мало поддаются наблюдению. Непосредственно перед возникновением судорожного синдрома отмечают разнообразные патологические явления, длящиеся несколько секунд. У разных больных они имеют различный характер, но повторяются у каждого больного стереотипно, в одном и том же виде. Эти явления называются аурой, что по-гречески означает "дуновение" и, в сущности, означает уже начало самого припадка.

**Аура** — общее название различных явлений, объединяемых по признаку внезапности наступления и кратковременности; это как бы вступление к припадку. Аура может появиться в опущении ползания мурашек, жжения или онемения в различных частях тела. Иногда больным кажется, что все кругом горит или залито кровью. Нередко больным представляется, что форма окружающих предметов изменяется, люди принимают уродливую форму, здания наклоняются и падают. Во время ауры больные могут ощущать различные шумы, треск, пушечную пальбу. В некоторых случаях возникают сложные галлюцинаторные образы; слышится мелодия, раздаются голоса, плач ребенка, крики о помощи, угрозы. Аура может сопровождаться ощущением увеличения или уменьшения размеров собственного тела или его частей, либо ощущением неприятного зловонного запаха гнили, паленого, горелого, во рту — вкуса кислого, соленого, горького, сладкого. Аура может быть в виде сердцебиения, затруднения дыхания, неприятных ощущений под ложечкой, сопровождавшихся тошнотой и рвотой, различных сосудистых (бледность, покраснение) и желудочно-кишечных расстройств. Если после большого припадка у больного развивается амнезия на сам припадок, то ауру больной помнит.

В противоположность большому судорожному припадку **малые припадки** (абсансы — франц — отсутствие) проходят без судорог или с небольшими судорогами и заканчиваются через несколько секунд. Некоторые больные догадываются о прошедшем припадке по характерному опущению провала, напоминающему наступление обморока, другие же ничего не помнят.

Самой распространенной формой малого припадка является преходящая потеря сознания (кратковременная — продолжительностью 2—15 с) без судорог. Внешне припадок выражается в том, что больной прерывает действие (при игре в шахматы застывает с фигурой в руке, во время ходьбы как бы оступается, неожиданно без причины останавливается, в беседе умолкает посреди фразы и т. д.). Во время малого припадка поза больного сохраняется, при этом как бы по инерции могут продолжаться начатые действия: больные переходят, например, с членораздельной речи на невнятное бормотание, а во время игры на музыкальном инструменте, прерывая исполнение, продолжают перебирать клавиши, Продолжительность таких припадков обычно 2—3—6 с.

Могут быть абсансы с ритмичным мышечным подергиванием, либо наклоном головы, подгибанием коленей, вплоть до падения.

**14.2.2 Психические эквиваленты припадка**

Это ***острые кратковременные своеобразные расстройства*** психики, возникающие приступообразно. Как и судорожные припадки, характеризуются внезапностью начала и конца, имеют предшественников в виде головных болей, раздражительности, расстройства сна, а иногда и ауру. Эти состояния часто возникают как бы вместо припадка, что и послужило поводом к названию их эквивалентами припадка, т. е. заменителями. Однако они могут и предшествовать припадку, и развиваться после него. Ко второй паре признаков относят дисфорию и сумеречное состояние сознания.

Наиболее часто встречающимся видом психического эквивалента являются расстройства настроения — так называемые "плохие дни" эпилептиков. Начинаются эти расстройства внезапно, без видимого повода, и также неожиданно заканчиваются. Продолжительность этих состояний колеблется от нескольких часов до нескольких дней. Расстройство настроения эпилептиков характеризуется дисфорией — злобно-тоскливой раздражительностью, когда больной не находит себе места, ничем не может заняться, становится придирчивым, по незначительному поводу вступает в пререкания и ссоры с окружающими, нередко становясь агрессивным. Эти особенности нередко являются предпосылкой к развитию у эпилептиков отдельных галлюцинаторно-бредовых вспышек. Во время таких вспышек эпилептик становится крайне подозрительным, ищет виновника своих неудач, высказывает стойкие бредовые идеи преследования, сопровождающиеся иногда проявлением агрессии.

Сумеречные состояния сознания, представляющие наибольший судебно-психиатрический интерес — самая частая форма расстройства сознания при эпилепсии, определяется дезориентировкой в месте, времени, окружающем, собственной личности (иногда личностная ориентировка частично сохраняется), сопровождается неправильным поведением. Сумеречное помрачение сознания, характеризующееся сужением поля сознания, может сопровождаться бредом, галлюцинациями, что и определяет поведение больного. Содержание галлюцинаторно-бредовых расстройств отражается на восприятии больными окружающего, их высказываниях, поступках, поведении, преобладают бредовые идеи преследования, личной и всеобщей гибели, бред величия, реформаторства, мессианства.

У больных отмечаются зрительные и обонятельные, реже слуховые галлюцинации. Зрительные галлюцинации чувственно ярки, нередко окрашены в красный, розовый, желтый и иные цвета; обычно это война, катастрофы, убийства, пытки, религиозно-мистические и эротические видения. Больные видят теснящую их толпу, наезжающий на них транспорт, обрушивающиеся здания, перемещающиеся массы воды. Из обонятельных галлюцинаций типичны запах жженого пера, дыма, гнили, мочи.

Устрашающий характер бреда и галлюцинаций сочетается с аффектом страха, ужаса, злобы, исступленной ярости, значительно реже встречаются состояние экстаза.

Двигательные расстройства в форме возбуждения могут быть целостными и последовательными, сопровождаться действиями, требующими большой ловкости и физической силы. Иногда во время сумеречных состояний наблюдаются только слуховые галлюцинации, причем больные могут слышать голоса в императивном тоне.

В сумеречном состоянии больные особенно опасны для окружающих. Они совершают поджоги, убийства, отличающиеся нелепой жестокостью. Сумеречное помрачение сознания длится от нескольких дней до недели и более. Как правило, сумеречные состояния амнезируются. В памяти больного могут сохраняться лишь болезненные переживания.

К сумеречным состояниям сознания без бреда и галлюцинаций относятся амбулаторный автоматизм и сомнамбулизм.

**Амбулаторный автоматизм** — непроизвольная, внезапно возникающая на фоне изменения сознания двигательная активность, более или менее координированная и адаптированная, проявляющаяся во время или после эпилептического припадка и обычно не оставляющая никакого воспоминания. Амбулаторный автоматизм на фоне изменения сознания может представлять собой простое продолжение деятельности, совершавшейся в момент наступления припадка или, наоборот, возникать в виде новой двигательной активности, связанной с внезапным помрачением сознания. Обычно автоматические акты определяются обстановкой, окружающей больного, или тем, что испытывал больной во время припадка. Значительно реже поведение носит беспорядочный, примитивный, иногда антисоциальный характер. Автоматизм иногда проявляется в виде передвижений больного, координированных до такой степени, что иногда он может пройти иди даже проехать в автомашине через весь город или уехать за его пределы.

**Сомнамбулизм** (лунатизм, снохождение) наблюдается не только при эпилепсии, но и других заболеваниях, в первую очередь при неврозах, особенно у детей и подростков. Встав с постели во время ночного сна, больные бесцельно бродят по комнате, выходят на улицу, иногда совершают опасные для своей жизни поступки, например, забираются на крыши, пожарные лестницы и т. п. На задаваемые вопросы не отвечают, не узнают близких, внешне выглядят несколько растерянными. Обычно они сами через несколько минут ложатся и засыпают, иногда в самом неподходящем месте. Воспоминаний об эпизоде не сохраняется.

Несмотря на некоторую разницу в клинической картине, острым психическим расстройствам (психическим эквивалентам) свойственны общие черты: внезапное начало, сравнительная непродолжительность и столь же быстрое окончание, изменение сознания, неправильное поведение, как правило, полная или частичная амнезия.

**14.2.3 Эпилептический характер и эпилептическое слабоумие**

У некоторых больных в силу тугоподвижости всех психических процессов изменяется их личность — развивается так называемый эгоцентризм. Собственное "Я" всегда стоит в центре внимания больного. В высказываниях на первом плане стоит он сам, его болезнь, его повседневные дела. Характерна вязкость мышления, педантизм. Несмотря на то, что больные эпилепсией считают свою болезнь серьезной и охотно лечатся, вера в выздоровление их не покидает даже на отдаленных этапах болезни (эпилептический оптимизм).

У одних больных эти изменения личности сочетаются с повышенной раздражительностыо, придирчивостью, склонностью к ссорам, вспышкам злобы, что нередко сопровождается опасными и жестокими действиями по отношению к окружающим. У других, напротив, преобладает робость, боязливость, склонность к самоунижению, утрированная любезность, льстивость и подобострастие, почтительность и ласковость в обращении. Эти полярные свойства характера, как правило, сосуществуют.

Если указанные характерологические изменения частично и слабо выражены, професиональная и жизненная адаптация сохранена, говорят об эпилептическом характере.

**Эпилептическое слабоумие** отчетливо проявляется в персеверативном характере мышления, застревании на мелочах, второстепенных и ненужных деталях. Говорят о вязкости и обстоятельности мышления больных эпилепсией. Мышление становится формальным и конкретным, лишенным абстракций, обобщений и логических доказательств. За многословием кроется ограниченность, плохое понимание объекта мысли и самой ситуации. Эти особенности мышления находят выражение в однообразии и монотонности высказываний, речевых трафаретах, стереотипных повторениях одних и тех же фраз (стоячие обороты). Речь больных многословна, полна несущественных деталей при одновременном неумении выделить главное. Переход от одного круга представлений к другому затруднен. Словесный состав беден (олигофазия), часто повторяется уже сказанное (персеверация). Тягучая, медленная речь по мере нарастания слабоумия становится еще беднее, ее эмоциональный смысл и мелодии утрачиваются.

**Снижается память**, а также способность критически оценивать ситуацию. Ухудшается сообразительность и уменьшается запас знаний. Интересы больного сосредоточиваются на соматических ощущениях и состоянии своего здоровья. В силу этого эпилептическое слабоумие справедливо называют концентрическим.

Эпилепсия не всегда приводит к тяжелому слабоумию и может протекать без стойких и глубоких изменений психики.

**14.3 Судебно-психиатрическое значение эпилепсии**

***Больные эпилепсией признаются невменяемыми в следующих случаях:***

1) во время припадка.

Материалы уголовного дела и показания свидетелей играют большую роль в определении состояния обвиняемого в момент совершения им правонарушения. При этом важно оценить:

а) внешний вид больного, выражение лица, особенности взгляда (застывший, блуждающий, бессмысленный), жесты — угрожающие, нелепые;

б) поведение — игнорирование ситуации, сон после совершения правонарушения, последующая амнезия;

в) речевая продукция — стереотипные, не соответствующе обстановке высказывания, неясное бормотание или отсутствие речевой продукции и т. д.

2) при сумеречном расстройстве сознания.

Следует иметь в виду, что для судебно-психиатрической экспертизы важно учитывать основные особенности, присущие всем вариантам сумеречных состояний сознания — внезапность их возникновения и окончания, сравнительная кратковременность и последующая полная или частичная амнезия на период болезненного изменения сознания.

***Правонарушения, совершенные в сумеречных состояниях***, характеризуются безмотивностыо, неожиданностью, отсутствием предосторожности, самозащиты, сокрытия следов правонарушения, пренебрежением обстановки, чрезвычайной и бессмысленной жестокостью с нанесением множества ран, с расчленением тела и т. д.

Нужно иметь в виду, что возможны такие картины сумеречных состояний, при которых развиваются явления амбулаторного автоматизма в форме внешне упорядоченных движений и действий, причем возможен известный учет окружающей обстановки. Больные пользуются предметами, узнают знакомые лица, иногда даже говорят с ними, могут совершать переезды, как это, наблюдается при амбулаторном автоматизме. Однако при этом внешне упорядоченном поведении ситуация в целом воспринимается неправильно.

**Безмотивность** правонарушений, совершенных в сумеречных состояниях сознания, может быть отмечена далеко не во всех случаях. В сумеречных состояниях может выявляться ранее сложившееся отношение к определенным лицам, обиды, недовольство, злоба, опасения и в связи с этим могут реализоваться ранее произносившиеся угрозы агрессии Судебно-психиатрическая оценка в таких случаях должна основываться на анализе всей картины в целом.

**Дисфории,** или немотивированные изменения настроения, могут приводить к различным правонарушениям — агрессивным, направленным против личности, к нарушениям дисциплины, к дезертирству, к попыткам самоубийства, к поджогам и т. д. В отношении правонарушений, совершенных в состоянии дисфории, не может быть однозначного решения. Только тяжелая дисфория на фоне помраченного сознания позволяет признать таких лиц невменяемыми.

Больные с эпилептическим слабоумием признаются невменяемыми. При определении тяжести этих изменений нужно исходить из анализа разных сторон личности и, в частности, из расстройств мышления и эмоционально-волевой сферы. Необходимо также учитывать степень нарушенных психических функций. Снижение интеллекта и недостаточность критики к себе и к своим поступкам, отсутствие ясного понимания общественной опасности совершенных правонарушении, снижение работоспособности и квалификации, вязкость и конкретность мышления, эмоциональная взрывчатость, эгоцентризм — все это дает в совокупности основание для признания невменяемости.

Дееспособность больных эпилепсией выясняется на основе определения степени эпилептических изменений личности. Выраженное слабоумие, значительные эмоционально-волевые расстройства и затяжные психозы являются признаками тяжелых изменений личности, требующих признания больных недееспособными и нуждающимися в назначении опеки.

**15. Психические расстройства при травмах мозга**

**15.1 Острые травматические психические расстройства**

Статистика различных стран указывает на учащение числа травм в последнее десятилетие. По данным Всемирной организации здравоохранения, они имеют тенденцию к нарастанию в среднем на 2 % в год. Среди причин смерти травматизм стоит на 3 месте после сердечно-сосудистых заболеваний и злокачественных новообразований.

Психические расстройства, возникающие в связи с травмой мозга, отличаются значительным разнообразием. Наряду с острыми психическими расстройствами, развивающимися непосредственно вслед за повреждением мозга, известна группа разнообразных отдаленных нарушений психики.

Непосредственным ***результатом повреждения*** мозга является глубокое расстройство сознания в виде сопора или комы. Лишь у незначительного процента больных после травм черепа расстройство сознания возникает не сразу, а спустя несколько минут, реже — часов. В этих случаях не приходится говорить о сотрясении мозга. Скорее всего подобного рода явления объясняются своеобразным ушибом, приводящим к кровоизлияниям.

***Продолжительность комы или сопора*** определяется интенсивностью травмы. Чаще всего при сотрясении мозга период потери сознания измеряется минутами, но известны случаи, когда коматозные состояния длятся часами и даже днями. Чем дольше подобное состояние, тем больше данных за то, что имело место сочетание тяжелого сотрясения мозга с одновременным повреждением его поверхности, т. е. комбинации с ушибом.

***Основным признаком коматозного или сопорозного состояния*** является отсутствие или крайняя ограниченность всякого рода реакций на внезапные раздражители. Ни щипки, ни уколы не вызывают при наличии комы какой-либо ответной реакции со стороны больного. При сопоре в ответ на болевые раздражители возникает слабая защитно-приспособительная реакция.

В некоторых случаях, как только исчезают явления оглушенности (сопор, кома), сразу же обнаруживаются признаки делириозного или делириозно-онейроидного состояния сознания.

В раде случаев острый травматический психоз характеризуется признаками своеобразных сумеречных состояний сознания.

Одной из тяжелых форм острых психических расстройств при травмах черепа является травматический корсаковский синдром. Он возникает или сразу вслед за первоначальной потерей сознания, или же сменяет делириозно-аментивный синдром и синдром оглушенности. К типичным признакам корсаковского синдрома относятся: нарушение способности запоминания, дезориентировка во времени и месте и яркие обманы восприятия. Как правило, у больных обнаруживается и ретроградная амнезия, однако степень ее не всегда соответствует тяжести травмы.

**15.2 Отдаленные травматические психические расстройства**

Спустя длительные сроки после некоторых черепно-мозговых травм может проявиться ряд психопатологических и неврологических симптомов, которые и составляют отдаленные последствия черепно-мозговых травм.

Выделяют следующие основные варианты отдаленных последствий черепно-мозговых травм: травматическая церебрастения, травматическая энцефалопатия, травматическая эпилепсия, травматическое слабоумие.

**Травматическая церебрастения (мозговая слабость)**

Для травматической церебрастении характерно сочетание повышенной истощаемости с утомляемостью, сопровождаемых чрезмерной раздражительностью и взрывчатостью. Больные легко устают, их часто беспокоят головные боли, головокружения, особенно при резком изменении положения тела. Они плохо переносят громкие звуки, яркий свет, невыносливы к боли (часто отказываются от инъекций), нетерпеливы, раздражительны; у них легко возникают вспышки гнева. Вместе с тем вспышка гнева быстро кончается изнеможением, слезами. Больные плохо переносят жару, не могут ходить в баню, моются лишь теплой водой. Отмечается повышенная чувствительность к колебаниям барометрического давления. Перед резким изменением погоды состояние обычно ухудшается: усиливается тяжесть в голове, чувство разбитости. Довольно стойки при травматической церебрастении нарушения сна. Затруднено засыпание, сон неглубокий, нередко с кошмарными сновидениями. Утром нет чувства бодрости, днем нередко сонливость.

Явления травматической церебрастении колеблются в своей интенсивности. Довольно выраженные ухудшения состояния сменяются периодами относительного благополучия. При более благоприятном типе течения явления травматической астении вообще выявляются лишь в связи с дополнительными вредностями, иногда как бы возникая впервые спустя более или менее длительный промежуток времени после минования позднего периода травмы черепа. При более тяжелом течении явления астении бывают постоянными, резко ухудшаясь под влиянием дополнительных вредностей.

Факторами, способствующими усугублению этого состояния, являются различные инфекции, эмоциональное перенапряжение, психические травмы, переутомление. Однако особо неблагоприятно действует злоупотребление алкоголем, в отношении которого больные травматической церебрастенией обнаруживают повышенную чувствительность, непереносимость.

**Травматическая энцефалопатия (мозговая болезнь)**

Травматическая энцефалопатия является более тяжелой формой отдаленных последствий травм головного мозга, обусловленной более грубым нарушением мозговой ткани во время травмы и более обширными рубцовыми изменениями в мозговой ткани. Поэтому в клинической картине травматической энцефалопатии значительно более выражены как неврологические, так и психические нарушения.

На первом месте стоят эмоциональные расстройства. Эксплозивный тип травматической энцефалопатии характеризуется резкой раздражительностью, взрывчатостью, утратой самоконтроля, грубостью, агрессивностью. В силу этих качеств больные постоянно вступают в конфликт с окружающими, отличаются эгоистичностью, грубым стремлением к достижению любых своих желаний могут обнаруживать сутяжные тенденции.

Эйфорический тип травматической энцефалопатии отличается повышенным (эйфорическим) фоном настроения, сочетающимся со зпачительным снижением критики, расторможением влечений, суетливостью, беспечностью.

Апатический тип травматической эвдефалопатии характеризуется вялостью, медлительностью.

Астения при травматической энцефалопатии постоянна, не исчезает под влиянием отдыха. В отличие от травматической церебрастении отчетливо выражены такие психические расстройства, как ослабление памяти, утрата или значительное уменьшение запаса прежних знаний и затруднение усвоения новых, тугоподвижность и обеднение мышления, общее снижение интеллекта.

При травматической энцефалопатии может развиться маниакальное, депрессивное состояние и параноидный синдром.

Обострения состояния при травматической энцефалопатии, в основном, связаны с влиянием дополнительных вредностей (инфекции, эмоциональное перенапряжение) и особенно алкоголизацией.

**Травматическая эпилепсия**

Эпилептоформные припадки при травматической эпилепсии возникают в результате ограниченного поражения мозга. В отличие от истинной эпилепсии при травматической эпилепсии, как правило, не отмечается изменения личности по эпилептическому типу. Характер припадков варьирует в значительных пределах. Наряду с большими и малыми припадками возможны приступы дисфории и эпизоды сумеречного состояния сознания.

**Травматическое слабоумие**

Основными компонентами травматического слабоумия являются расстройства высших интеллектуальных функций, в первую очередь мышления. Они выражаются в своеобразном отсутствии понимания сложной ситуации в целом при правильном усвоении отдельных ее деталей; в невозможности выделения существенных признаков, в сугубой конкретности представлений и отсутствии понимания переносного смысла. У больных с травматическим слабоумием наблюдаются нарушения критики; иногда имеется частичная сохранность критического отношения к отдельным болезненным проявлениям, к отдельным компонентам ситуаций и в то же время налицо невозможность правильной критической оценки всей ситуации в целом.

Довольно постоянными являются нарушения памяти (от расстройства запоминания текущего до картины Корсаковского амнестического синдрома) и повышенная психическая истощаемость.

При общей тенденции к регрессу, свойственной состояниям неосложненного травматического слабоумия, следует отметить эпизодические ухудшения состояния, связанные с различными факторами, как психогенными, так и соматогенными.

Прогрессирование в некоторых случаях травматического слабоумия связано с присоединением мозгового атеросклероза, алкоголизма, повторных травм.

**15.3 Судебно-психиатрическое значение травматических психических расстройств**

В остром периоде черепно-мозговой травмы больные, как правило, не совершают правонарушений, так как они прикованы к постели.

Если расстройство сознания не достигает степени комы, а протекает по типу оглушенности, сумеречного состояния, то больные могут совершать правонарушения. В этом случае лицо, совершившее правонарушение, признается невменяемым, так как оно не может отдавать отчет в своих действиях и руководить ими. В остром периоде черепно-мозговой травмы, особенно при лобной локализации поражения, бывают состояния эйфории с расторможенностью и нарушением критики.

Несмотря на формально ясное сознание, субъект не может полностью отдавать отчет в своих действиях и руководить своим поведением, в связи с чем он признается невменяемым.

При отдаленных последствиях черепно-мозговой травмы, ***лица, совершавшие правонарушения, признаются невменяемыми***:

1) при резко выраженном слабоумии;

2) при сумеречном расстройстве сознания;

3) при травматической энцефалопатии, когда при этом развивается параноидный, маниакальный или депрессивный синдром.

**16. Психические расстройства при инфекционных поражениях мозга**

**16.1 Энцефалиты**

**Энцефалит** — это воспаление головного мозга, возникающее в результате воздействия инфекций.

Энцефалиты обычно возникают как осложнения различных общих инфекционных заболеваний: грипп, сыпной тиф и интоксикации (окись углерода, алкоголь и т. п.) — вторичные энцефалиты, но могут появляться также в результате непосредственного поражения вирусной инфекцией головного мозга — первичные энцефалиты.

Среда первичных энцефалитов наиболее распространены эпидемический и клещевой.

Эпидемический энцефалит вызывается фильтрующимся вирусом. Источник вируса — больной, носитель и выздоравливающий. Передается воздушно-капельным путем. Впервые он был выявлен в 1917 г. австрийским ученым Х. Экономо в период эпидемии, охватившей большинство стран Европы и Америки. Заболевание чаще всего возникает в молодом возрасте. Начинается повышенной температурой, головными болями, головокружением, рвотой, иногда сопровождается расстройством сознания с возбуждением. Типичным симптомом заболевания является расстройство сна, выражающееся то в упорной бессоннице, то в повышенной сонливости. В остром периоде больные беспрерывно спят. Сон приобретает характер летаргического (длительной спячки), из-за чего эпидемический энцефалит называют летаргическим, а также "сонной болезнью" (длительность — несколько дней, недель). Серьезных правонарушении больной, естественно, в остром периоде совершить не может. Поэтому острый период эпидемического энцефалита почти не бывает предметом судебно-психиатрической экспертизы, чего нельзя сказать о хроническом.

***Хроническая стадия энцефалита*** наступает после периода относительного или практического выздоровления, иногда длящегося несколько лет, и отличается разнообразием психических и неврологических расстройств.

Несмотря на разнообразие психических нарушений, наблюдающихся в хронической стадии, типичными для нее являются расстройства влечений, снижение активности и своеобразные характерологические изменения больных, определяющие в целом судебно-психиатрическое значение этого заболевания. Часто отмечается застойность, однообразие переживаний, расторможенность полового и пищевого влечений, патологическая настойчивость больных в связи с ослаблением регулирующей и контролирующей функций коры над подкорковой областью. Указанные психические нарушения у некоторых больных сопровождаются существенным снижением интеллекта и расстройствами памяти.

Значительная эмоциональная возбудимость, аффективная напряженность могут неожиданно устранять моторную заторможенность и способствовать совершению больными внезапных действий, в том числе и агрессивного характера.

В ряде случаев в связи с длительными разнообразными сенестопатиями возникает стойкий ипохондрический бред или бредовые идеи физического воздействия.

Заболевание эпидемическим энцефалитом в детском и подростковом возрасте иногда приводит к развитию слабоумия. Однако значительно чаще у детей и подростков в связи с энцефалитом наблюдаются психопатоподобные состояния с излишней подвижностью, усилением пищевого и полового влечений, жестокостью, что повышает опасность таких больных.

Клещевой энцефалит в нашей стране встречается преимущественно в таежных районах Дальнего Востока, Сибири и Урала. Возбудитель-вирус — передается через укус клеща и поражает главным образом головной мозг.

Острая стадия клещевого энцефалита сопровождается различными расстройствами сознания (делирий, сумеречное состояние, оглушенность).

При отдаленных последствиях развивается галлюцинаторно-параноидное состояние с бредовыми идеями преследования, отравления, зрительными и слуховыми галлюцинациями. Наблюдается также депрессивно-ипохондрические расстройства. Эмоциональные нарушения проявляются в основном тоскливостью или повышенным настроением с двигательной расторможенностью, причем эта расторможенность бывает настолько сильной, что больной может понимать, что он совершает недозволенное, но поделать ничего не может. Нередко возникают астенические состояния.

**Судебно-психиатрическая оценка.**

Значительному разнообразию вариантов инфекционных энцефалитов противостоит относительное однообразие расстройств психики. Вследствие этого имеется определенное сходство критериев судебно-психиатрической оценки при различных энцефалитах.

Судебно-психиатрическое значение острой стадии энцефалитов невелико, так как правонарушения в этой стадии совершаются крайне редко.

Большее судебно-психиатрическое значение имеют состояния больных с отдаленными последствиями инфекционных энцефалитов.

***О невменяемости можно говорить:***

1) при выраженном слабоумии;

2) при состояниях с незначительным снижением интеллекта, но с выраженной расторможенностью влечений (в частности, полового влечения). При этом лицо, совершившее правонарушение (чаще всего попытка изнасилования, половые извращения), признается невменяемым, так как в этот период у него отсутствовала способность руководить своими действиями;

3) при наличии во время совершения общественно-опасного деяния галлюцинаторно-бредовых состояний.

При решении вопросов о дееспособности лиц, перенесших разные формы энцефалитов, руководствуются теми же оценочными клиническими критериями, что и при решении вопроса о вменяемости.

**16.2 Сифилитическое поражение мозга**

**Сифилис** — инфекционное заболевание, вызываемое бледной спирохетой и передаваемое другим преимущественно половым путем. Сифилис долгое время занимал ведущее место среди инфекций, поражающих нервную систему. По статистическим данным психиатрических учреждений, относящимся к концу ХIX и началу ХХ вв., находившиеся в стационарах больные с психическими заболеваниями, обусловленными сифилисом, составляли 20 %. В настоящее время в результате профилактических и лечебных мероприятий, проведенных в стране, положение изменилось. Теперь больные сифилисом мозга и прогрессивным параличом составляют лишь около 0,2 % всех психически больных.

В последнее десятилетие значительно возросло количество первичного сифилиса, что может в ближайшее время привести к увеличению контингента больных с психическими заболеваниями, обусловленными сифилисом, и в первую очередь больных с прогрессивным параличом (ПП).

**Сифилис мозга** представляет собой специфическое заболевание мозга, характеризующееся очаговостью болезненных проявлений, что обусловлено поражением мозговых оболочек, мозговых сосудов. Сифилис мозга возникает не у всех заразившихся, при отсутствии специфического лечения — к концу первого года сифилитической инфекции. Со стороны психических нарушений чаще наблюдается так называемая "сифилитическая неврастения", протекающая с астено-депрессивным состоянием, головными болями и снижением работоспособности. Этими симптомами и может ограничиться изменение психики при сифилитическом поражении головного мозга. В редких случаях дело может дойти до слабоумия. Отсутствие у подавляющего большинства таких больных значительных психопатологическях нарушений, определяет признание их вменяемыми при совершении правонарушений. И только в редких случаях, когда развивается тяжелое слабоумие, больной признается невменяемым.

**Прогрессивный паралич** (ПП) — тяжелое заболевание, развивающееся обычно через 5—10 лет, а иногда и больше, после заражения сифилисом. При прогрессивном параличе разрушается не только нервная система (в первую очередь головной мозг), но и весь организм. Развивается ПП в тех случаях, когда отсутствовало противосифилитическое лечение или оно было недостаточным. В течении прогрессивного паралича выделяют три стадии.

В первой — неврастенической (предпаралитической) стадии выявляются симптомы, сходные с неврастеническими: головные боли, повышенная утомляемость со снижением работоспособности, неустойчивость настроения. В противовес истинной неврастении все болезненные проявления довольно быстро нарастают.

Вторая стадия — период развернутых проявлений заболевания, причем на первом плане стоят психические изменения в виде своеобразного огрубения личности с недостаточным чувством такта, с нарушением социальных связей. Больные утрачивают способность оценивать в достаточной степени ситуацию и регулировать свое поведение. У некоторых из них отмечается расторможенность примитивных влечений (прожорливость, сексуальные эксцессы). Больные становятся внушаемы, легко подпадают под чужое влияние. Нередко они вступают в случайные половые связи, начинают пить, совершают бесцельные покупки, не считаясь с материальным положением семьи.

Постепенно у больных выявляются нарушения памяти, невозможность совершать счетные операции, выраженные расстройства мышления, критики.

На фоне обычно благодушного настроения нередко формируются бредовые идеи нелепого содержания: больные считают себя обладателями несметного количества денег, сокровищ (маниакальная, экспансивная формы ПП).

Таким образом, во втором периоде прогрессивного паралича выявляется ведущий симптом этого заболевания — слабоумие, характеризующее все формы прогрессивного паралича. Причем слабоумие носит тотальный характер.

Третья — исходная (марантическая) стадия. Наступает в разные сроки, в среднем спустя 2—5 лет после начала заболевания. Тотальный распад психической деятельности, полная беспомощность, глубокий физический маразм — предвестники смерти больных.

**Судебно-психиатрическая оценка**

При подозрении на наличие прогрессивного паралича у подследственного или осужденного судебно-психиатрическое экспертное заключение может быть дано только после наблюдения в стационаре и обязательного полного проведения курса лечения. Диагноз нелеченого прогрессивного паралича даже в начальной его стадии у подследственного влечет невменяемость, так как при внешне упорядоченном поведении могут быть значительные психические изменения с нарушением критики.

**17. Инволюционные психические расстройства**

**17.1 Понятие инволюционных психических расстройств**

Предстарческий и старческий возраст характеризуются как физическими, так и психическими изменениями, обусловленными, в основном, нарушениями кровоснабжения головного мозга.

Изменения психического функционирования в связи с возрастом может проявляться избирательно и в разные возрастные периоды. Сравнительно рано ослабевает способность воображения — его яркость и образность, ухудшается подвижность психических процессов, возможность быстрого переключения внимания.

Позднее нарушается усвоение новых знаний. Труднее воспроизводятся нужные в данный момент сведения, которые вспоминаются позже.

Присущее данной личности качество интеллектуальных процессов сохраняется довольно долго, но решение тех или иных задач требует больше времени, в связи с замедлением темпа протекания психических процессов.

Для нарушений эмоциональной сферы характерна неустойчивость настроения, тревожность. Отмечается склонность к застреванию на неприятных переживаниях, тревожно-депрессивная окраска настроения.

Психические расстройства у лиц пожилого и старческого возраста (с 50-60 лет) могут проявляться в форме т.н. пограничных психических расстройств, включающих неврозоподобные нарушения, аффективные расстройства, изменения личности, а также в виде выраженных психических расстройств — грубых нарушений памяти, слабоумия, бредовых идей и т. д.

Среди людей старше 65 лет психические нарушения различной степени составляют 30—35 %, из них психозы с выраженными расстройствами — 3—5 %.

**17.2 Неврозоподобные нарушения**

Проявляются эмоционально-неустойчивым настроением, раздражительностью, тревогой, нарушением сна, неприятными ощущениями в различных частях тела.

Происходит как бы заострение отдельных, свойственных больному ранее черт характера (бережливость переходит в скупость, настойчивость — в упрямство)

***Интеллектуальные процессы*** утрачивают яркость, ассоциации становятся бедными, понижается качество и уровень обобщений. Осмысление нового требует большего времени и происходит с большим напряжением. Новая информация усваивается с большим трудом. Нарушается память, особенно на текущие события. Снижается критика больных к своему психическому состоянию и происходящим изменениям.

***Ведущие проявления нарушений психики:***

1) ослабление памяти — от легких расстройств до развития амнестического (корсаковского) синдрома;

2) ухудшение интеллектуальных способностей — до выраженного слабоумия;

3) нарушение эмоций — слабодушие, апатия, слезливость и т. д.

**17.3 Выраженные психические нарушения**

Тяжелые психические расстройства в пожилом и старческом возрасте связаны с дегенеративными и атрофическими нарушениями головного мозга.

**Болезнь Альцгеймера**

В США более половины лиц, умирающих с диагнозом деменция, погибают от этого заболевания. Болезнь развивается постепенно. Средний возраст заболевших — 55-60 лет. Женщины заболевают чаще, чем мужчины (более, чем в три раза).

Причина заболевания неясна, хотя в последнее время установлена аномалия 21-й хромосомы у этих больных.

***Основные и типичные проявления*** — прогрессирующая амнезия и тотальное слабоумие.

В начальном периоде заболевания, на фоне быстро нарастающих ухудшений памяти, отмечаются слезливо-раздражительные депрессии. Вскоре к этим нарушениям присоединяется дезориентировка в пространстве.

Особенностью болезни Альцгеймера является то, что больные длительное время могут сохранять общее формальное критическое отношение к своему состоянию.

В дальнейшем прогрессирует тотальное слабоумие, поведение больных становится нелепым, они утрачивают бытовые навыки, расстраивается речь, могут наблюдаться припадки, нарушения сознания.

Довольно часто возникают бредовые идеи преследования, ущерба, отравления, а также зрительные галлюцинации, которые усиливаются в вечернее и ночное время, на фоне психомоторного возбуждения.

Продолжительность заболевания составляет от нескольких месяцев до 10 лет. Прогноз — неблагоприятный.

**Болезнь Пика**

Заболевание обычно возникает в возрасте 50—60 лет. Причины неясны.

В клинических проявлениях на первый план выступают прогрессирующие расстройства личности, в виде безразличия, равнодушия, апатии. Больные ничего не делают по собственной инициативе (аспонтанность), для выполнения каких-либо действий им необходим побуждающий стимул со стороны.

В некоторых случаях развивается псевдопаралитическое состояние, на фоне благодушно-эйфорического настроения с элементами расторможенности влечений.

***Отмечаются*** грубые расстройства памяти, нарушения мышления (тотальное слабоумие), критическое отношение к своему состоянию отсутствует.

Для болезни Пика типичны так называемые стоячие симптомы — многократные повторения одних и тех же речевых оборотов.

По мере развития заболевания присоединяются неврологические расстройства.

**Старческое слабоумие**

Ведущим проявлением является тотальное слабоумие, на фоне нарушений памяти и интеллекта.

Заболевание протекает постепенно, с развитием эмоционального оскудения с раздражительностью и ворчливостью, резким снижением круга интересов, настороженностью, упрямством, наряду с доверчивостью и внушаемостью.

***Отмечаются*** нарушения памяти, прежде всего на текущие события, а в последующем — на более ранние события жизни больного. Образовавшиеся пробелы заполняются псевдореминисценциями и конфабуляциями.

Формируются бредовые идеи ограбления, обнищания, разорения.

В поведении больных отмечаются пассивность и инертность. Утрачивается критика и способность адекватного понимания окружающего.

Часто происходит растормаживание инстинктов в виде повышения аппетита и гиперсексуальности. Сексуальная расторможенность проявляется в идеях ревности, попытках соверщения развратных действий в отношении малолетних.

**17.4 Судебно-психиатрическое значение инволюционных психических расстройств**

Несмотря на значительное снижение частоты преступлений в пожилом и старческом возрасте, лица с грубыми психическими расстройствами способны совершать общественно опасные действия.

В тех случаях, когда эти лица совершают уголовно наказуемые деяния, или при возникновении сомнений в разумности их действий, относящихся к гражданским делам, проводят СПЭ.

Больные с выраженными психическими расстройствами (психотические состояния и состояния слабоумия) признаются невменяемыми и недееспособными.

**18. Психические расстройства вследствие приема алкоголя и наркотических веществ**

**18.1 Понятие, распространенность и классификация наркоманий**

**Наркомания** — это хроническое прогредиентное экзогенно-органическое заболевание, которое характеризуется наличием физической и (или) психической зависимости от психоактивных веществ, признанных наркотическими, формированием характерных изменений личности, достигающих в крайнем варианте степени деградации, сомато-неврологическими осложнениями и социальными последствиями.

Согласно оценке Организации Объединенных Наций, в конце 90-х гг. в мире насчитывалось около 180 млн человек, что составляет 4,2 % от числа лиц в возрасте 15 лет и старше, которые употребляли наркотики, в том числе каннабис (144 млн.), стимуляторы амфетаминового ряда (29 млн), кокаин (14 млн.) и опиаты (13,5 млн, включая 9 млн. пристрастившихся к героину).

По данным правоохранительных органов и органов здравоохранения, на начало 1999 г. общее число граждан России, употребляющих наркотики, превышает 2 млн человек. Правовые основы государственной политики нашей страны в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и в области противодействия их незаконному обороту установлены Федеральным законом от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах" (с изменениями от 25 июля 2002 г).

Наркотические вещества различны по своему химическому составу и действию на организм человека. ***Особенности действия на психику позволяют условно выделить их основные группы:***

1) действующие седативно (от лат. седацио — успокоение);

2) действующие возбуждающе;

3) создающие фантастические переживания, переносящие опьяневшего из мира реальности в мир искаженных восприятий и оценок.

В настоящее время в медицине принятым является термин "токсикомания", но в следственно-судебной практике (и в законе), а также в судебной психиатрии — "наркомания". Аналогичными по смыслу являются "пристрастие к лекарственным веществам", "злоупотребление одурманивающими веществами".

Согласно последнему определению ВОЗ, под токсикоманией подразумевается состояние периодической или хронической интоксикации натуральным или синтетическим веществом, опасное для индивида или общества, характеризующееся неудержимым влечением к данному веществу, тенденцией повышать дозу этого вещества, и также психической, а иногда и физической зависимостью от этого вещества.

Полинаркоманией называется одновременное злоупотребление с явлениями зависимости двумя или более наркотиками.

Политоксикоманией называется одновременное злоупотребление с явлениями зависимости двумя или более психоактивными веществами, не являющимися наркотическими.

При наличие злоупотребления с явлениями зависимости двумя и более наркотиками в сочетании с несколькими психоактивными веществами, говорят о полинаркотоксикомании.

В соответствии с определением Международной классификации болезней последнего 10-го пересмотра (МКБ — 10) острая интоксикация психоактивными веществами — это возникающее в связи с их применением преходящее состояние, сопровождающееся расстройством сознания, когнитивных функций, восприятия, эмоций, поведения или других психофизиологических функций и реакций.

Большинство психоактивных веществ входят в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации (утвержден Постановлением Правительства РФ от 30 июня 1998 г. № 681).

Провоцирующая роль употребления спиртных напитков, наркотиков и иных психоактивных веществ при совершении противоправных действий общепризнанна. Одурманивание алкоголем, различными психоактивными средствами, равно как и хроническое злоупотребление ими, приводит к нарушению социальной адаптации, к определенным психическим нарушениям и в значительной степени способствует росту правонарушений и их тяжести. Согласно данным ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского за последние 10 лет, доля лиц, совершивших противоправные действия в состоянии алкогольного опьянения, колеблется от 22 до 34 % среди общего числа лиц, подвергающихся судебно-психиатрическому освидетельствованию.

**18.2 Нарушения психических функций вследствие приема алкоголя**

**18.2.1 Острая алкогольная интоксикация**

Этиловый спирт (алкоголь) является самым распространенным веществом, обладающим наркотическим свойством.

Острая алкогольная интоксикация

Основным свойством алкоголя является действие его как наркотического яда на психику. ***При простом алкогольном опьянении различают три фазы (степени) этого воздействия:***

1) возбуждение;

2) угнетение высших отделов ЦНС;

3) сон и наркотический паралич центральных функций.

Первоочередное влияние на поведение опьяневшего оказывают индивидуальные свойства личности, привычки, особенности воспитания и окружающей среды.

***Характерным признаком влияния алкоголя*** на психические функции является изменение настроения, обнаруживаемое уже в начальной стадии. При первой и второй стадиях опьянения настроение обычно изменяется в сторону его повышения, нередко до степени эйфории, с опущением беспричинного веселья и полного благополучия. Реальная действительность и взаимоотношения с окружающими представляются в своеобразно искаженном виде ("сквозь розовые очки").

Настоящее и будущее рисуется в радужном свете. Все неприятности и трудности кажутся пустяковыми, легко преодолимыми, не заслуживающими серьезного внимания. Приятному чувственному фону соответствует ощущение комфорта, здоровья и бодрости. Там, где имело место состояние так называемого "напряжения", последнее ослабевает, наступает своего рода расслабление, уменьшаются болевые ощущения.

Опьяневшие обычно становятся "чрезвычайно благодушными, шутливыми, испытывают прилив теплых чувств к малознакомым к даже незнакомым людям, которые кажутся необыкновенно милыми, которым они "раскрывают душу", рассказывая о событиях и переживаниях, нередко интимного характера, скрываемых в обычное время ("пьяные излияния").

Наряду с симпатией внезапно может вспыхнуть и чувство вражды. Пьяные перестают считаться с окружающими, утрачивают чувство такта и стыда, появляются такие общеизвестные признаки опьянения, как беспечность, развязность, склонность к плоским шуткам, хвастливость, повышенные самоуверенность и самооценка. Иногда даже возникает опущение своей исключительности, всемогущества.

У ряда лиц настроение оказывается пониженным, со склонностью к слабодушию, опьяневшие при этом слезливо жалуются на свою судьбу, на родных, на "разбитую жизнь". Реже настроение имеет отчетливо депрессивную окраску с идеями самообвинения, суицидальными мыслями и попытками к самоубийству (правда, последнего рода попытки могут носить и демонстративно-истерический характер). Многие в состоянии опьянения становятся надоедливыми, вязкими, назойливыми подозрительными и обидчивыми.

Иногда весь период отравления алкоголем протекает еще менее типично: с дисфорией, напряжением, злобностью и агрессивностью или же с астенией, апатичностью, вялостью, сонливостью.

Как правило, при простом опьянении положительные и отрицательные эмоциональные реакции оказываются не только преувеличенными, но и нестойкими; они быстро трансформируются и сменяют друг друга. От благодушия, умиления и всепрощения пьяные по самым ничтожным поводам могут переходить к озлоблению, враждебным действиям, затевая скандалы и драки. Вместе с тем существуют и "смешанные состояния", где в картину, например, веселого возбуждения вкрапливаются черты взрывчатости, гневливости, слабодушия и т. д.

Значительно ослабевает способность отграничивать желаемое от возможного и допустимого. Пьяный настойчиво пытается, как капризный ребенок, немедленно добиться удовлетворения своих желаний, не считаясь с возражениями окружающих.

Резко усиливаются элементарные влечения и инстинкты, в частности, сексуальные. Опьяневшие часто гиперэротичны.

В поведении нередко выявляется дурашливость, со стороны напоминающая клоунаду и вызывающая смех окружающих. Пьяные "озорничают", "валяют дурака".

Двигательная и речевая активность усиливаются, мимика становится более живой и экспрессивной, опьяневшие подвижны, шумливы. Они не могут оставаться на одном месте, их тянет к людям, они многоречивы, ищут собеседников.

Речь пьяных зачастую окрашена своеобразным юмором, порой довольно сочным, но чаще плоским и грубым.

***Влияние алкоголя на интеллектуально-мнестические функции***, на процессы восприятия и внимание отрицательны. Последовательность мышления, способность к концентрированию внимания и к запоминанию ослабевают. Повышается отвлекаемость, течение ассоциативных процессов изменяется, учащаются ассоциации по внешнему сходству, созвучию и т. п. Критика к своим действиям нарушается, возникает переоценка собственных возможностей.

Опьяневшие утрачивают способность охватить всю ситуацию в целом, неправильно понимают и истолковывают слова других, поступки диктуются случайными представлениями и впечатлениями. Последние не подвергаются достаточной внутрипсихической переработке и оказывают мгновенное влияние на поведение, реализуются в двигательные акты. Это определяет импульсивный, иногда недостаточно понятный характер действия пьяных.

Несмотря на субъективно ощущаемый прилив сил, возможность выполнять интеллектуальные операции и работоспособность после преходящего кратковременного периода усиления, затормаживаются.

Глубокая интоксикация сопровождается еще более неправильным поведением, нелепыми поступками, нарастают качественные расстройства мышления, грубо нарушается походка и координаторные акты. Речь становится все непонятнее, прерывается выкриками, угрозами, ругательствами, бессмысленным смехом или плачем. Пьяный куда-то стремится, бежит, обороняется. Такие состояния сопровождаются более глубоким расстройством мышления, суждений, умозаключений. Психические переживания могут принять фантастический характер. Иногда в этот период возникает приступы ярости и агрессивные действия (чаще, однако, это характерно для осложненного и патологического опьянения). Завершается тяжелое опьянение глубоким оглушением, вялостью и сонливостью.

Сознание при простом опьянении, наступившем у здорового человека после приема умеренной дозы алкоголя, грубо не расстроено. Сохраняется ориентировка и внутренние связи, а также воспоминания о происходившем. При более глубокой интоксикации (вторая и третья стадии) сознание в количественном отношении изменяется более явственно. Нарушается ориентировка во времени и месте (при сохранении собственной ориентировки). Окружающее воспринимается неотчетливо. Пьяный плохо понимает обращенную к нему речь, отвечает невпопад, не столько собеседнику, сколько всплывающим у него мыслям.

На поведение опьяневшего в значительной степени оказывают влияние индивидуальные свойства личности, привычки, воспитание и окружающая среда. В состоянии опьянения нередко отмечается распущенность, желание произвести впечатление на окружающих, удивить их, привлечь к себе внимание.

При утяжелении алкогольной интоксикация грубо нарушается походка и координаторные акты, речь становится все непонятнее, прерывается выкриками, угрозами, ругательствами, бессмысленным смехом или плачем.

**18.2.2 Патологическое опьянение**

**Патологическое опьянение** представляет собой вызванный алкоголем кратковременный остро протекающий психоз, длящийся от нескольких минут до одного часа и более, но не свыше суток.

Патологическое опьянение обычно возникает внезапно, без всяких предвестников. Количество и качество алкоголя не играет существенной роли; более того, патологическое опьянение чаще наступает после сравнительно небольших доз (150—250 г). В отличии от простого опьянения, при патологическом не бывает эйфории, шаткая походка отсутствует, речь не изменяется.

***Клиническая картина*** патологического опьянения выражается в тяжелом помрачении сознания по типу сумеречного состояния; с потерей ориентировки в окружающем. На этом фоне у больного появляется аффекты страха, гнева, ярости.

Часто появляются иллюзии, зрительные и слуховые галлюцинации. Больному мерещатся различные звери, чудовища, птицы, насекомые, пресмыкающиеся, уроды и т. п. Он слышит шепот, брань, угрозы; ему кажется, что за ним следят, подкрадываются к нему, обвиняют его в тяжелых преступлениях, нападают на него. Своих друзей больной принимает за врагов и начинает от них яростно защищаться. Иногда на первый план выступают бредовые идеи отношения и преследования.

В большинстве случаев отмечается полная амнезия периода опьянения, и лишь у части больных сохраняются отрывочные воспоминания о нем. Почти всегда наблюдается двигательное возбуждение. Поведение адекватно переживаемому аффекту. Отмечается склонность к агрессивным поступкам. Больной ругается, кричит, вступает в драку, наносит оскорбления словом и действием, пускает в ход ножи, оружие, совершает общественно опасные деяния, которые поражают своей жестокостью. Нередко под влиянием устрашающих аффектов он наносит себе повреждения, совершает попытки к самоубийству, обнаруживая при этом большую ловкость и способность преодолевать препятствия.

Патологическое опьянение заканчивается продолжительным сном. Просыпаясь, больной не помнит, что с ним произошло в состоянии опьянения.

**18.2.3 Хронический алкоголизм**

**Хронический алкоголизм** — болезненное привыкание и влечение к алкоголю, при котором вследствие длительного злоупотребления спиртными напитками появляются психические и соматические расстройства различной интенсивности, вначале обратимые, имеющие функциональный характер, но постепенно переходящие в необратимые органические расстройства.

Алкоголизм развивается постепенно, незаметно для окружающих и самого больного, обычно после периода бытового пьянства (прием алкоголя от случая к случаю, часто в больших количествах). Этот период включает, в среднем, от 5 до 10 лет.

***В течение алкоголизма выделяют три стадии:***

1) стадия психической зависимости.

В эту стадию утрачиваются защитные биологические механизмы на передозировку алкоголя, параллельно с ростом толерантности (переносимости) спиртного. Периодически утрачивается контроль за количеством выпиваемого, может отмечаться амнезия на финальные события опьянения. Формируется психическая зависимость, проявляющаяся наличием патологического влечения к алкоголю по типу навязчивых мыслей, а также возможностью психического комфорта только в опьянении. Продолжительность этой стадии в среднем 6-8 лет;

2) стадия физической зависимости.

Знаменуется формированием абстинентного (похмельного) синдрома. Структура последнего определяется сочетанием соматовегетативных и психопатологических нарушений.

На 2 стадии заболевания устанавливается плато толерантности (переносимости алкоголя), которая становится максимальной, полностью утрачивается контроль за количеством выпиваемого. Патологическое влечение к алкоголю начинает носить характер сверхценных идей. Наблюдается фрагментарное выпадение из памяти событий в состоянии алкогольного опьянения. Развиваются характерные алкогольные изменения личности, осложнения со стороны внутренних органов, нервной системы. На этой стадии заболевания больные могут употреблять суррогаты алкоголя. Пьют с малознакомыми людьми, нередко в совершенно неподходящих для этих целей местах (на работе, улице...). В этот период происходит становление определенной формы злоупотребления алкоголем (для так называемого северного варианта алкоголизма, который имеет место в России, речь идет о псевдозапоях, либо о постоянной форме с высокой толерантностью).

На этой стадии болезни уже возможно возникновение алкогольных психозов. Продолжительность этой стадии около 2 лет;

3) стадия алкогольной деградации личности.

Понятие алкогольной деградации личности включает в себя две составные: с одной стороны, признаки интеллектуально-мнестического снижения (в крайней степени они могут достигать уровня слабоумия), с другой — признаки морально-этического дефекта.

Физическая зависимость усиливается и углубляется. Употребление алкоголя носит характер запоев: 3—4 дня непрерывного употребления спиртных напитков чередуются с 10—15 днями светлого промежутка. Больной принимает алкоголь, часто в виде суррогатов, чтобы вновь почувствовать физический комфорт и снять ощущения слабости, недомогания, разбитости, быстро пьянеет, доходя до тяжелых состояний интоксикации. Амнезии почти постоянные, глубокие и стойкие. Нарушается социальная адаптация больных (потеря работы, семьи). Личностные особенности нивелируются, делая больных в этой стадии похожими друг на друга, опустошенными, безразличными, все интересы которых направлены на удовлетворение своей потребности в алкоголе. Развивается деменция, проявляющаяся в виде эксплозивной формы (взрывчатость, гневливость, бесшабашность, болтливость), либо в виде торпидной формы (вялость, безразличие, апатия).

Поздние стадии алкоголизма характеризуются более отчетливыми затруднениями в использовании умственных интеллектуальных возможностей, быстрой истощаемостью, ослаблением внимания, в особенности активного, более элементарными суждениями и умозаключениями, поверхностными ассоциациями. Снижается память, критика.

Утяжеляются и расширяются осложнения со стороны внутренних органов и нервной системы. Значительно увеличивается риск развития алкогольных психозов. Формы злоупотребления алкоголем на этой стадии: либо постоянная с низкой толерантностью, либо истинные запои.

**18.2.4 Алкогольные психозы**

Действие хронической алкогольной интоксикации не ограничивается лишь описанными изменениями личности, а может обусловливать возникновение алкогольных психозов, которые различаются по клиническим признакам и по продолжительности. Алкогольные психозы возникают в 13 % случаев у лиц, злоупотреблявших алкоголем в течение 5—7 лет.

Алкогольный делирий (белая горячка) представляет собой остро протекающий психоз, развивающиеся главным образом у лиц, злоупотребляющих крепкими спиртными напитками. Среди алкогольных психозов встречается наиболее часто (76—84 %). Белая горячка была описана еще в 1813 г. Суттоном, но связь заболевания с алкоголем была установлена позже ( П. А. Чаруцкий — 1828 г., Х. Витт — 1834 г.).

***Алкогольный делирий*** всегда развивается на обрыве алкоголизации, в среднем на 3—4 сутки и для его возникновения важную роль играют провоцирующие факторы: травмы, оперативные вмешательства, инфекции.

***Основными проявлениями*** являются нарушение сознания в форме делирия, нарушения восприятия в виде иллюзий, зрительных, слуховых и тактильных галлюцинаций.

Отмечается полная дезориентировка в месте и времени при сохранности личностной ориентировки.

Центральное место в картине белой горячки занимают своеобразные галлюцинации, главным образом, зрительные, чаще, зоосодержания. Галлюцинации воспринимаются больными то как реальная действительность, то как искусственные изображения, напоминающие кинематографические. Видения обычно бывают множественными, обнаруживающими большую подвижность. Больные видят паутину, проволоку, нити, пыль, хлопья, струи газов или воды, шарики, монеты, искры, тени, различных насекомых, животных (пауков, мух, клопов, тараканов, крыс, мышей, зайцев, кошек, собак, быков, коз, обезьян), нереальных, сказочных существ (чертей, смерть, скелеты, разного рода уродов, колдунов, леших или чудовищ).

Все объекты оживленно движутся, принимая причудливые формы. Кажущиеся предметы, лица, животные, насекомые и т. д. исчезают, появляются вновь, видоизменяются (змея с горящими глазами движется на больного и, не доползая до него, превращается в уродца, который корчит рожи).

Иногда больным представляются толпы народа, сражения, движущиеся войска, окровавленные головы, отрубленные части тела, покойники. Нередко им кажется, что их окружают, на них наставлены сотни револьверных дул, лес штыков, в комнату врываются незнакомые люди, избивают их прикладами, плетками и снова исчезают.

В меньшей степени отмечаются слуховые и тактильные галлюцинации. Больным кажется, что их мучают паразиты, в тело их вонзают острые предметы, проволоку, их обрызгивают водой, окуривают газами и т. п. Различные галлюцинации легко переплетаются между собой, например, больной не только видит мелких зверей, насекомых и т. п., но и слышит, осязает их. Он обороняется от галлюцинаторных образов, нападающих на него, ловит их, дерется с ними, взывает о помощи.

Больные чрезвычайно беспокойны. Они не могут сидеть на одном месте или лежать в кровати, их много раз укладывают в кровать, но они тут же вскакивают. Поведение больных обычно адекватно галлюцинаторным переживаниям.

Охваченные сильнейшим двигательным беспокойством, больные говорят мало. Бредовые идеи при белой горячке тесно связаны с галлюцинациями, о чем можно судить по отдельным высказываниям больных.

Течение белой горячки острое, продолжительность — от нескольких часов до нескольких дней. Выход из этого состояния — через сон, по выходе наблюдается частичная амнезия, т. е. часть событий, которые имели место в состоянии алкогольного делирия, человек может воспроизвести.

Острый алкогольный галлюциноз может возникать, как на обрыве, так и при продолжении алкоголизации, проявляется слуховыми галлюцинациями, аффектом страха и бредом, сознание при этом не нарушено.

Больной слышит вначале шум, звон, треск, шепот, шорохи, крики, отдельные слова и, наконец, голоса. Голоса обычно говорят о больном в третьем лице. Голосов бывает много, они то тихие, то громкие, доходящие до рева. Все голоса воспринимаются больным извне, говорят вместе, переплетаясь, спорят между собой, ругаются. Они, как будто раздаются за стеной.

Голоса принадлежат близким родственникам, знакомым, сослуживцам или посторонним лицам. Содержание галлюцинаций носит неприятную окраску. Голоса угрожают смертной казнью, обвиняют в тягчайших преступлениях, бранят, ругают: "возьми его", "дурак", "пьяница", "вор", "жулик", "убийца", "старый развратник", "забрать его в милицию".

Голоса могут иногда носить насмешливый характер. Они знают все события жизни больного, высмеивают его, делают циничные, оскорбительные замечания по поводу важнейших этапов его жизни. Иногда голоса информируют о его близких: "дети зарезаны", "жену три дня насилуют в подвале", "отрубили ей голову". Наряду с этим больной слышит крики, стоны жены, детей, родных.

Почти всегда имеются бредовые идеи обвинения, преследования. Бред не носит систематизированного характера. Он вытекает из галлюцинаций и адекватен им.

До помещения в стационар больные, спасаясь от мнимых врагов, запасаются всевозможным оружием, чтобы "как можно дороже продать свою жизнь", другие, наоборот, не ожидая нападения, сами превращаются в агрессоров, нападая на воображаемых врагов. Иногда по целым дням и ночам они "караулят" у своей двери, вооружившись топором, холодным оружием, в ожидании "врагов". Галлюцинации могут быть императивными, по приказу "голосов" больные могут совершать правонарушения.

Выздоровление при алкогольном галлюцинозе иногда наступает внезапно, после глубокого сна. Ослабление галлюцинаций, вплоть до полного их исчезновения возможно только в результате длительного воздержания от употребления алкоголя или вследствие специальной терапии.

Алкогольный параноид развивается только у мужчин, страдающих алкоголизмом. Формированию психоза предшествует снижение потенции. Алкогольный бред ревности развивается постепенно, через этап сверхценных образований, формируется фабула супружеской неверности. Как правило, соперник выбирается из ближайшего окружения и по возрасту значительно моложе самого больного. Больные начинают ревновать своих жен к каждому мужчине, к своим родственникам, друзьям, соседям, сыновьям. Постепенно бредовые идеи ревности нарастают. Больные становятся возбудимыми, раздражительными, циничными. Чтобы убедиться в измене жены и поймать ее с поличным, следят за ней, придумывают самые невероятные, нелепые способы проверки поведения жены, нередко запирают ее на ключ, опечатывают двери, проверяют ее белье до работы и после работы.

***К бредовым идеям*** ревности часто присоединяются идеи преследования. Такому больному начинает казаться, что его жена со своими многочисленными "любовниками" намерена его убить, отравить или поместить в больницу, чтобы жить вместе с ними и распоряжаться его имуществом. Он начинает замечать, что "любовники" жены следят за ним, высматривают его, многозначительно улыбаются, подают друг другу знаки. В связи с этим он приходит в состояние такой тревоги и страха, что боится ночевать дома, уходит к знакомым.

Бредовые переживания ревности, преследования, отношения нередко сопровождаются отрывочными слуховыми галлюцинациями в виде разговоров об измене жены, звуков поцелуя, шагов удаляющихся "любовников". Семейная жизнь с такими больными крайне опасна. Такого рода расстройства нередко способствуют совершению противоправных действий. К примеру, один из подэкспертных в течение всей ночи избивал свою жену алюминиевым тазом, добиваясь у нее признания в неверности. На экспертизе он хладнокровно говорил, что она заслужила такую мучительную смерть.

Течение алкогольного параноида обычно длительное. При продолжающемся злоупотреблении алкоголем болезнь прогрессирует. В случае воздержания от приема алкоголя на фоне соответствующего лечения, выраженность бредовых идей постепенно уменьшается.

**Корсаковский психоз**

В своей диссертации "Об алкогольном параличе" (I887) С. С. Корсаков впервые описал своеобразный психоз у алкоголиков, характеризующийся:

1) расстройством памяти на текущие и недавние события при сравнительно хорошо сохранившееся памяти на давно свершившиеся события;

2) ретроградной амнезией;

3) наклонностью к конфабуляциям и псевдореминисценциями;

4) наличием алкогольного полиневрита (воспаление нервов, иннервирующих мускулатуру конечностей, в силу чего развивается мышечная слабость и нарушение координации движений).

Корсаковский психоз развивается при тяжелых формах алкоголизма чаще на 2—3 стадии, при наличие грубых осложнений со стороны внутренних органов и нервной системы.

Корсаковский психоз имеет обычно хроническое течение. В легких случаях возможно выздоровление без заметных дефектов. В течение года или меньшего периода все явления постепенно сглаживаются, восстанавливается память. В молодом возрасте шансов на выздоровление больше, чем в пожилом. Некоторые больные становятся слабоумными вследствие органического поражения головного мозга. Корсаковский психоз, протекающий злокачественно, может заканчиваться через 1—2 года смертью.

При хроническом алкоголизме могут также развиваться алкогольное слабоумие и алкогольная эпилепсия.

**18.3 Нарушения психических функций при воздействии наркотических веществ различных групп**

**18.3.1 Нарушения психических функций при наркомании**

Действие на организм таких наркотиков, как опий, его препаратов (пантопон, омнопон), алкалоидов и дериватов опия (морфин, кодеин), снотворных средств (нембутал, веронал, барбамил и др.) гашиша, кокаина и стимуляторов (кофеин, фенамин, первитин), вызывающих болезненное привыкание и пристрастие к ним, имеет общие черты с действием алкоголя, особенно в смысле влияния их на центральную нервную систему.

Клинические картины наркоманий, возникших в результате систематического употребления того или другого наркотика отличаются друг от друга по длительности, интенсивности и некоторым деталям болезненных проявлений.

***Этапы формирования наркоманий:***

1) стремление к эйфории;

2) формирование предпочтения определенного наркотика или иного психоактивного вещества;

3) регулярность приема;

4) угасание первоначального эффекта наркотика или другого психоактивного вещества.

***Основные клинические синдромы при нарко- и токсикомании:***

1) синдром измененной реактивности на наркотик или другое психоактивное вещество, включающий изменение формы потребления, повышение переносимости все больших и больших доз, исчезновение защитных биологических механизмов на передозировку наркотика или другого психоактивного вещества;

2) синдром психической зависимости проявляется формированием патологического влечения к наркотику или другому психоактивному веществу, достижением состояния психического комфорта только в интоксикации;

3) синдром физической зависимости характеризуется формированием абстинентного синдрома (синдрома лишения или отнятия), достижением состояния физического комфорта только в интоксикации, компульсивным характером влечения (с явлениями неодолимости) к наркотику или иному психоактивному веществу;

4) синдром изменения личности имеет общие тенденции при всех формах нарко- и токсикомании, проявляется в нарастающих признаках деградации личности и социальной дезадаптации, а также в специфических особенностях при каждой форме нарко- и токсикомании (при злоупотреблении опиатами возникают изменения личности, напоминающие эмоционально-волевой дефект при шизофрении; при злоупотреблении барбитуратами — изменения, свойственные больным эпилепсией и пр.).

**18.3.2 Действие каннабиноидов (препаратов конопли)**

Одно из первых мест среди наркомании в мире занимают наркомании, возникающие в связи со злоупотреблением препаратами из разных видов конопли, такими, как анаша, марихуана, гашиш, банг, киф, гуаза, хусус, план, харас, хуррус, дагга, гунья, черес, кафур. Разные сорта конопли произрастают в странах Азии, Африки, Южной Америки, широко культивируются во многих странах мира, В растениях конопли в зависимости от разновидности и сорта в разных концентрациях содержатся ароматические альдегиды каннабинола. Психотомиметическим эффектом обладают гидроканнабинолы, в частности Д-6-тетрагидроканнабинол, который, в основном, определяет одурманивающий эффект при потреблении. Наибольшая концентрация каннабинола содержится в индийской конопле (Cannabis indica).

**Каннабиноиды** — вещества, обладающие аналгезирующим, противосудорожным и гипнотическим эффектом.

Заболеваемость гашишной наркоманией в общей структуре заболеваемости наркоманиями в РФ составляет от 20 до 30 %. В некоторых южных мусульманских странах, где традиционно спиртное запрещено, гашишизмом поражено до 60 % мужчин в возрасте от 20 до 40 лет. После алкоголизма гашишизм является наиболее распространенным видом наркотизма в мире.

**Действие гашиша**

Гашиш обычно курят как в виде чистой смолы (в кальянах, наргиле, джоза, килимах), так и в смеси с табаком, жуют (банг), иногда глотают в пилюлях, заваривают как кофе, добавляют в пищу, принимают в форме жидкого экстракта с пряностями, смешивают с беленой или дурманом. Подобные формы приема распространены в арабских и азиатских странах. В странах европейской цивилизации гашишное опьянение достигается курением в смеси с табаком, т. е. возникает смешанная гашишно-никотиновая интоксикация.

Действие препаратов конопли, в частности гашиша, начинается с чувства жажды и голода, сухости во рту. Постепенно по всему телу разливается ощущение тепла. Появляются ощущение невесомости, желание прыгать, танцевать, принимать вычурные позы. Незначительные действия окружающих вызывают нелепый неудержимый смех. Становится невозможно сосредоточиться. Ассоциации возникают легко и быстро сменяют друг друга. Произносят набор фраз, часто незаконченных. Возникает быстрый поток мыслей. Все больше суживается контакт с окружающими, нарушается взаимопонимание с ними. Появляется импульсивность. Возникаю иллюзии, фантазии, все звуки приобретают особый резонанс, ощущение, что разговор идет в зале с усиленной акустикой.

**Фазность при гашишной интоксикации**

Первая фаза. Не обязательна. Через 2—5 мин появляется чувство страха, тревожной подозрительности. Обостряется восприятие внешних раздражителей. Длится 5—1,0 мин.

Вторая фаза. Появляется расслабление, легкость, благодушие. Присоединяются расстройства восприятия, мышления и сознания. Расстройства восприятия проявляются в нарушении восприятия пространства, цветов, интенсивности и характера звуков и шумов, времени, схемы собственного тела. Характер проявления этих расстройств индивидуален.

Мышление по мере наступления интоксикации приобретает эмоциональное содержание, меняется в своем качестве и темпе. Чаще всего это благодушие, редко страх. Изменяется оценка членов группы, в которой происходит наркотизация. Характерна легкость решений, беспечность и безответственность в действиях. Ускоряется темп мышления.

Изменение сознания последовательно, с углублением интоксикации происходит сужение, оглушение, сумерки. В начале сознание ясное. Затем происходит сужение сознания. Проявляется в форме специфического общения в группе употребляющих наркотик. Каждый отвечает на вопросы соседа, вслушивается в разговор, подает реплики.

Третья фаза. Характеризуется парадоксальностью восприятия, эмоциональной спутанностью, хаотичностью переживаемых чувств. Мышление приобретает черты бессвязности, вплоть до отрывочного бреда. Отмечается оглушенность сознания. Эмоциональная спутанность проявляется в форме индуцированной мимической имитации аффектов, которые субъективно не ощущаемы. Наркоман смеется, если смеется сосед, не испытывая при этом веселья, плачет, если сосед плачет, не испытывая печали. АД повышено, тахикардия. Дискоординация усилена. Двигательное оживление сменяется вялостью, речевая продукция бессвязна.

Четвертая фаза. Спад возбуждения. Бледность, вялость, слабость, гипотензия, гипорефлексия. Аппетит повышен. Сознание ясное, хотя отмечается медлительность, заторможенность, апатия. Вскоре наступает сон продолжительностью до 10—12 ч, беспокойный, поверхностный, со вздрагиваниями, бормотанием. После пробуждения снова много ест и пьет. Больной обычно бледен, с сухим блеском глаз, во рту и дыхательных путях сухость, голос хриплый. Эмоциональные переживания только отрицательные. Выход из гашишного абстинентного психоза постепенный, без критического сна. Остаточными явлениями служат астения, отдельные ипохондрические ощущения, обсессивное влечение к наркотику.

**Симптомы гашишной интоксикации:**

1) моторное возбуждение. Субъект испытывает острое желание двигаться, ходить, бегать, прыгать, танцевать. В то же время он старается воздержаться от исполнения своего желания;

2) ослабление контроля за своим поведением. Ум постоянно заполняют идеи, чуждые субъекту, на которых он старается сосредоточить свое внимание. Внезапно какой-нибудь незначительный эпизод, в котором нет ничего смешного, вызывает у него неадекватный, неудержимый смех;

3) состояние "дурмана", одурманенности. Во время этого состояния люди часто открывают свои сокровенные мысли, которые отражаются в бессознательных движениях, высказываниях, поступках, переживаниях, иллюзиях и галлюцинациях;

4) диссоциация идей. Совпадает с появлением потребности в разговоре и желанием высказаться. Эти разговоры бывают странными: собеседника поражают сумасбродные заявления субъекта, они повергают его в недоумение, на что субъект отвечает новыми взрывами безудержного смеха. Субъект говорит взволнованно, с жаром, спорит о пустяках и бывает поражен, когда ему кажется, что окружающие не разделяют того волнения, которое испытывает он сам;

5) гипертрофия своего "Я". Субъект считает себя высшим человеческим существом, смотрит на своих товарищей с большим презрением, считает их намного ниже себя во всех отношениях;

6) бредовое возбуждение. Сопровождается утратой правильного, точного представления об окружающих его людях или предметах. Это состояние характеризуется необычной обостренностью чувств, гипертрофией идей;

7) ужас перед шумом. Сочетается с тем, что путаница мыслей возрастает. Моменты "просветления" становятся все короче, и субъект постепенно остается во власти своих субъективных переживаний, обычно испытывает навязчивые ощущения тиканья часов, тихое жужжание насекомых. Малейшее усиление шума становится невыносимым. Субъект впадает в состояние апатии;

8) нарушение представления о времени. Время, кажется, течет бесконечно медленно, так как между двумя яркими впечатлениями поднимается множество других, смутных и часто незаконченных. Время измеряется только воспоминаниями о впечатлениях, поэтому кажется нескончаемо долгим;

9) нарушение представления о пространстве. Достигает такой степени, что расстояние между субъектом и человеком, стоящим рядом с ним, представляется огромным и т. п.;

10) искажение восприятий. Происходит несмотря на то, что в этой стадии чувства, особенно зрение и слух, необычайно обострены. Однако восприятия искажены: форма и цвет предметов кажутся измененными;

11) раздвоение личности. Испытывают как особое состояние, когда, с одной стороны, ощущают свое действительное "Я", которое живет нормальной жизнью, и, в тоже время чувствуют, что бок о бок с ними существует некто фантастический и непостоянный, который возбуждает бесчисленные идеи;

12) появление повышенной внушаемости. Любое впечатление, действующее на его чувства, немедленно вызывает мнимые восприятия (иллюзии или галлюцинации);

13) появление галлюцинаций. Происходит у некоторых субъектов. Они убеждены, что их преследуют дикие звери или что им грозят убийством. Это вызывает острое переживание страха;

14) повышенная чувствительность к звукам. Достигает такой степени, что самый слабый музыкальный звук, вибрация струны, и т. п. приобретают особо острое громкое звучание;

15) обострение эмоциональных переживаний. Проявляется тем, что давно забытые сцены снова предстают перед глазами в мельчайших подробностях. Вспоминают дорогих сердцу существ, но если субъект испытывает к кому-либо антипатию, это превращается в жгучую ненависть;

16) постояние "онейрического" экстаза. Является высшей точкой интоксикации. Туман, окутывающий все предметы существующие или воображаемые, постепенно густеет. Усталый мозг уже не способен следить за блуждающей памятью и воображением. Особое воздействие на половую систему состоит в том, что в критический момент интоксикации наступает эротическое возбуждение. Никаких физических изменений при этом не бывает. Это явно мозговой феномен.

При передозировке гашиша возникает вегетативное перевозбуждение: зрачки резко расширены, на свет не реагируют, лицо гиперемировано, видимая сухость губ и полости рта, хрипота голоса, тахикардия, гипертензия, координация нарушена, тремор, гиперрефлексия. Больной в оглушении, сознание меняется по направлению сопор-кома, чему соответствует предколлаптоидное состояние, переходящее в коллапс. Это психотическое состояние может длиться несколько часов.

Психическая декомпенсация при передозировке гашишем выражается острым психозом с ведущим синдромом нарушенного сознания. Больной возбужден, многоречив, речь бессвязна, иногда внезапно замолкает. Стремится бежать, бывает агрессивен, нелеп. Возбуждение быстро истощаемо. Ярко галлюцинирует, переживает преследование, собственную гибель. Аффекты меняются от состояния ужаса, растерянности до безудержного веселья. Контакт неполный. Психотическое состояние продолжается от нескольких часов до нескольких дней. Выход из этого состояния, как правило, через длительный сон и глубокую астению в течение 2—3 недель.

**Развитие гашишизма**

В течение первого года эпизодического (1—2 раза в неделю) употребления гашиша не развивается привыкания к наркотику. Нет предпочтения именно гашиша. Курильщик с удовольствием употребляет алкоголь. Он не ищет гашиш, хотя и не отказывается, если ему предлагают. В первое время повышаются либидо и потенция, что может служить причиной эпизодического употребления наркотика. Толерантность возрастает от 1 до 3 — 5 сигарет за вечер. Постепенно курение гашиша становится привычным удовольствием, отсутствие которого вызывает неудовлетворенность. До появления первых признаков влечения проходит 1—1,5 года. Курение обычно чередуется с алкоголизацией. При учащении наркотизации прием спиртного постепенно уменьшается, и предпочтение гашиша формируется спустя 6—8 мес.

I стадия. Физиологическое действие гашиша начинает меняться. Наркотическое опьянение протекает без первой фазы страха и тревоги. Снижается гиперемия лица, тахикардия, мидриаз, латеральный нистагм, тремор, мышечная расслабленность, чувство тепла и тяжести в конечностях. Курение становится систематическим, гашишист активно ищет свой наркотик. Начинающая меняться форма опьянения, систематическая форма потребления, рост толерантности определяют синдром измененной реактивности. Синдром психической зависимости представлен обсессивным влечением к наркотику как к средству, дающему эйфорию, и беспокойством, неудовлетворенностью в отсутствие гашиша. Симптом возможности психического комфорта в интоксикации не выражен.

II стадия отличается от предыдущей появлением синдрома физической зависимости и новым качеством синдромов измененной реактивности и психической зависимости. Первая и четвертая фазы исчезают. Депрессивный эффект наркотика уменьшается. В интоксикации анашист испытывает очень краткое первоначальное психосоматическое расслабление. В дальнейшем он собран, приподнят, смешлив, двигательно активен, работоспособен. Темп мышления ускорен.

Вторая и третья фазы опьянения как бы сливаются в одну. Опьянение длится теперь 1—1,5 ч, после чего наступает снижение тонуса, энергии, работоспособности, интереса к окружающему. Гашиш становится для наркомана стимулятором его деятельности. Толерантность к наркотику возрастает. Спиртное теперь не употребляется. Пациенты переходят на одиночное курение, принимают теплое питье перед употреблением наркотика. Синдром психической зависимости достигает полного развития. Теперь стимулирующий эффект наркотика представляет единственно возможное оптимальное психическое функционирование, приносящее психический дискомфорт. Вне интоксикации гашишист расслаблен, несобран, нетрудоспособен психически. Вскоре интоксикация становится и единственным состоянием физического комфорта, поскольку способность к физической нагрузке вне опьянения также начинает падать. Формируется первый симптом физической зависимости — возможность достижения состояния физического комфорта, оптимальной работоспособности при наркотическом опьянении. Потребность в гашише как в необходимом средстве поддержания физического и психического благополучия подтверждается формирующимся компульсивным влечением, хотя оно выражено не столь сильно, как при опиатомании. Компульсивное влечение не сопровождается выраженными вегетативными реакциями и психической напряженностью.

Ill стадия. Развивается через 9—10 лет постоянной наркотизации. Падает толерантность, наркотик оказывает лишь тонизирующий эффект, вне интоксикации наркоман анергичен, форма потребления систематическая. Симптоматика психической зависимости подавлена симптоматикой зависимости физической. Абстинентный синдром носит затяжной характер, проявления его, особенно психопатологические и вегетативные, менее выражены, ипохондрические и астенические проявления выступают на первый план.

Последствия гашишизма и осложнения наркотизации в III стадии достигают наибольшего выражения. Результатом гашишизма являются прогрессирующее снижение энергетических ресурсов, физическое и психическое истощение, нарастание вялости, отупения, потеря социальных связей, появление затяжных психозов, приводящих к грубой инвалидизации.

Течение прогредиентное. Темп развития сходен с таковым при алкоголизме. Наступление осложнений происходит медленнее, чем при других формах наркомании. 1 стадия заболевания наступает спустя 1,5—3 года от знакомства с наркотиком и длится 2—5 лет. II стадия представлена полностью сформированным наркоманическим синдромом, в том числе физической зависимости. Она формируется спустя 3—5 лет от начала систематического употребления гашиша. Абстинентный синдром формируется через 8—12 мес. систематического употребления наркотика. III стадия болезни развивается через 9—10 лет систематического употребления гашиша. Конечные состояния хронического гашишизма проявляются изменениями в нравственной, волевой, интеллектуальной и аффективной сферах.

Абстинентный синдром при гашишизме развивается медленно на протяжении месяцев. Первая фаза появляется спустя 2—3 года систематического курения. Полное формирование абстинентного синдрома, всех его фаз, требует 6—8 мес. постоянного курения. Длительность абстиненции у гашишистов составляет от 3—14 дней до 1 месяца. Максимально выраженные проявления абстиненции обычно на 3—7-е сутки. Со второй недели острота симптоматики начинает падать. На перелом в течении абстиненции указывают улучшение сна и появление аппетита. Остаточными явлениями абстиненции служат обсессивное влечение к наркотику, астения и отдельные ипохондрические ощущения.

При гашишизме могут возникать различные по условиям психотические состояния: интоксикационные, абстинентные, как осложнение течения гашишизма. Интоксикационный психоз при передозировке представлен сумеречным или делириозным сознанием. При абстинентном гашишном психозе наиболее часто встречается делириозный синдром. Психоз возможен в виде сумерек и в форме острого галлюцинаторно-параноидного синдрома. Длительность абстинентного гашишного психоза обычно не превышает длительности алкогольного абстинентного, редко затягиваясь дольше недели. Картина сходна с алкогольным психозом. Отличием является отсутствие гипергидроза.

**18.3.3 Действие опиоидов**

Эту группу наркомании вызывают наркотики, получаемые из разных сортов мака, опия и его препаратов, около 20 алкалоидов и дериватов опия (морфин, кодеин, тебаин, героин, дионин, пантопон, омнопон, фентанил и др.), синтетические препараты с морфиноподобным действием (фенадон, промедол, деморфан и др.). Все эти вещества объединяет морфиноподобное действие. В структуре заболеваний наркоманиями потребление наркотических веществ этой группы в РФ составляет от 50 до 60 %, причем до 95 % из них составляет потребление наркотических веществ из разных сортов мака.

**Действие опиатов**

Наркотический эффект можно получить даже от терапевтической дозы морфина (10 мг). Наиболее значимым диагностическим признаком является сужение зрачка. Кожа и слизистые сухие, бледные. Отмечается гипотензия, брадикардия, повышение сухожильных рефлексов. При кодеиновом опьянении кроме вышеперечисленных признаков выявляется психомоторное возбуждение, быстрая речь.

При передозировке опиатов психотических симптомов, как правило, не возникает. Сноподобное состояние переходит в кому. Смерть наступает от паралича дыхательных центров.

**Интоксикация морфином вызывает ряд сменяющихся фаз.**

1. Первая фаза проявляется через 10—30 с ощущением чувства тепла в области поясницы или живота, поднимающегося вверх, сопровождаемого кожными ощущениями легкого поглаживания. Лицо краснеет. Зрачки сужаются. Появляется сухость во рту. Голова становится легкой, появляется чувство "прозрения", человека "распирает" от радости. Сознание сужено, пациент сосредоточен на телесных ощущениях. Такое состояние "прихода" длится в течение нескольких минут и ощущается только новичками.

При введении кодеина (3—5 таблеток) первая фаза смазана, проявляется покраснением, отечностью и зудом верхней части тела, лица, шеи. Эти проявления сохраняются и во второй фазе и продолжаются в течение 1,5—2 ч.

2. Вторая фаза называется "кайфом", "нирваной", характеризуется благодушной истомой, ленивым удовольствием, тихим покоем. Опьяневший вял, малоподвижен, в руках и ногах чувство тяжести и тепла. Появляются грезоподобные фантазии, сменяющие одна другую. Внешние раздражители воспринимаются искаженно. При употреблении кодеина первая фаза переходит в состояние двигательного и психического возбуждения. Опьяневший оживлен, смешлив, громко разговаривает, жестикулирует, не сидит на месте, речь быстрая. Продолжительность фазы до 3—4 ч.

3. Третья фаза представляет поверхностный сон в течение 2—3 ч.

4. Четвертая фаза — фаза последействия, характеризуется плохим самочувствием, головной болью, беспричинным беспокойством, иногда тревогой, тоской. Отмечается тошнота, головокружение, мелкий тремор рук, языка, век.

**Развитие опиомании**

Однократное применение наркотика не вызывает влечения к нему. Повторяющийся прием (от 3—5 инъекций героина, 10—15 инъекций морфина, 30 приемов кодеина) способствует становлению патологического влечения к наркотику. Наркотизация становится достаточно регулярной. Абстинентных явлений еще нет, однако возникает чувство неудовлетворенности. Регулярная наркотизация означает I стадию заболевания.

I стадия. Характеризуется синдромом измененной реактивности к наркотику (систематический прием, исчезновение зуда, рост толерантности в 3—5 раз) и синдромом психической зависимости (обсессивное влечение, стремление к психическому комфорту). Наркоман спит мало, сон поверхностный, но чувства недосыпания нет. Особенно мало спят кодеинисты. Аппетит подавлен. Уменьшается количество мочи, появляется задержка стула на несколько дней. Происходит постепенное привыкание к наркотику. Дозы начинают возрастать. Отсутствие наркотика сказывается на самочувствии больного лишь через 1—2 сут, в основном в форме психических расстройств (чувство напряженности, психического дискомфорта, стремление к введению наркотика). Продолжительность I стадии различна: при морфинизме — 2—3 мес, при использовании опия — 3—4 мес, кодеина — до 6 мес. На этой стадии больные, как правило, скрывают свою наркотизацию.

II стадия. Наркотизация регулярна, образуется индивидуальный ритм введения. Толерантность к наркотику растет, увеличиваясь в 100—300 раз в сравнении с терапевтическими дозами. При перерыве в наркотизации толерантность снижается. Больные часто поступают на лечение, чтобы уменьшить дозу потребляемого наркотика.

Физиологический эффект наркотика исчезает. Нормализуются стул и диурез, при простудах появляется кашель (противокашлевой эффект опиатов отсутствует). Восстанавливается сон. Однако стабильно сохраняется сужение зрачка.

Меняется поведение наркомана. Если в I стадии болезни наркоман был бодр и подвижен до инъекции, но вял и заторможен после нее, то начиная со II стадии заболевания он становится вялым и бессильным до инъекции и оживленным после нее.

Появляются признаки физической зависимости. Синдром физической зависимости выражается компульсивным влечением и абстинентным синдромом. Абстинентный синдром формируется постепенно в короткий период времени (1—2 мес регулярного потребления наркотика).

Продолжительность II стадии опиомании со времени появления синдрома физической зависимости составляет 5—10 лет.

III стадия. В этой стадии становятся выражены последствия хронической интоксикации. Признаки психической зависимости в условиях непрерывной наркотизации подавлены признаками зависимости физической. Форма потребления остается систематической, толерантность падает (приблизительно на 1/3 прежней дозы) и резко меняется форма интоксикации. В III стадии действие наркотика на наркомана исключительно стимулирующее (тонизирующее). Наркоману требуется доза, составляющая 1/8—1/10 постоянной дозы (достаточная доза) для того, чтобы достичь состояния физической комфортности. Вне интоксикации больного характеризует отсутствие энергичности вплоть до неспособности передвигаться. Приняв достаточную дозу, больной не заторможен и расслаблен, а подвижен и трудоспособен. Режим приема наркотика составляет 3—4—5 приемов в сутки. Физическая зависимость также меняет свое качество. Абстиненция тяжелая, наступает в течение первых суток после лишения наркотика.

Наиболее часто больные именно III стадией обращаются к врачу, поскольку не могут достать соответствующего количества наркотика и страдают от повторяющихся абстиненций. Больные самостоятельно пробуют отказаться от наркотика, пытаясь заменить его большими количествами этанола, барбитуратами, транквилизаторами или постепенно снижая дозу привычного наркотика. Однако, как правило, эти попытки безуспешны, и больной вновь возвращается к привычной дозе наркотика. Иногда наблюдается трансформация в другую форму наркомании, в частности, барбитуроманию.

Со II стадии заболевания у больных наблюдается астенический синдром. Снижается работоспособность, исчезает интерес к прежним занятиям. Концентрация внимания затруднена, нарушается память, падает продуктивность умственной работы, особенно творческой, повышается утомляемость. Характерны раздражительность, аффективные проявления астенического порядка. Общий фон настроения депрессивный. Аффекты не насыщены, легко истощаемы. Соматически больные истощены, дефицит массы тела ~ 10 кг. Все больные выглядят старше своих лет.

В этой стадии заболевания психосоматическое состояние наркомана характеризуется утяжелением всех проявлений, типичных для II стадии. Отмечается резкое преждевременное старение, истощение иммунной системы. Болезнь развивается прогредиентно, однако степень прогредиентности меньшая, чем при злоупотреблении снотворными и гашишем, психостимуляторами. Прогредиентность определяется интенсивностью злоупотребления. Злокачественное течение свойственно эмоционально неустойчивым психопатам, которые достигают толерантности до 3—5 г морфина в сутки. У преморбидно здоровых, начавших употреблять наркотик в зрелом возрасте, толерантность не превышает, как правило, 0,2—0,3 г морфина в сутки. При такой форме злоупотребления наркоман может сохранять в течение десятилетий свои психофизические возможности и социальное положение. Но такие случаи редки. Большинство опиоманов начинают злоупотреблять наркотиком в молодом возрасте, когда личность не сформирована ни психически, ни социально. Наркотизация препятствует развитию личности, приводит к асоциальным и антисоциальным поступкам. При этом часты случаи преждевременной, в том числе и насильственной, смерти.

**Признаки и фазность абстинентного синдрома при опиомании**

Первая фаза:

1) признаки психической зависимости: влечение к наркотику, состояние неудовлетворенности, напряженности;

2) соматовегетативные реакции: расширение зрачков, зевота, слезотечение, насморк с чиханием, "гусиная кожа". Исчезает аппетит. Наблюдается нарушение засыпания. Возникает через 8—12 ч после последнего приема наркотика.

Вторая фаза.

Чувство озноба. Сменяющееся чувством жара, приступы потливости и слабости, "гусиная кожа" постоянно. В мышцах спины, потом ног, шеи и рук появляется ощущение неудобства. Мышцы тела напряжены. Появляется боль в межчелюстных суставах и жевательных мышцах. Проявляются симптомы первой фазы. Зрачки широкие. Частое чихание (до 50—100 раз). Интенсивное зевание. Слезотечение. Наиболее выражены через 30—36 ч после последнего приема наркотика

Третья фаза.

Появляются мышечные боли. Мышцы спины, конечностей, реже шеи сводит, тянет, крутит. У части больных возникают судороги периферических мышц (икроножных, стопных и др.). Потребность двигаться высока. В начале движения боли ослабевают, затем усиливаются. Больные не могут найти себе места, ложатся, встают, вновь ложатся, крутятся в постели. Боли в суставах отсутствуют. Больные напряжены, недовольны, злобны, депрессивны, с переживаниями безнадежности и бесперспективности. Влечение к наркотику компульсивное. Признаки первых двух фаз усиливаются. Состояние развивается к концу вторых суток лишения наркотика

Четвертая фаза.

Отличается от третьей фазы появлением нового симптома диспептических явлений. Появляются боли в животе. Через несколько часов — рвота и понос. Понос до 10—15 раз в сутки, сопровождается тенезмами. Появляется на третьи сутки лишения наркотика и длится до 5—10 дней.

**18.3.4 Действие седативно-снотворных веществ**

Седативными являются вещества, после приема которых снижается активность и появляется ощущение спокойствия, гипнотическими (снотворными) — вещества, вызывающие дремотное состояние и сон. К этой группе относят барбитураты и транквилизаторы.

Барбитураты являются одной из самых известных групп наркотических средств. Первое производное барбитуровой кислоты — веронал — был синтезирован в 1903 г. в лаборатории Фишера в Германии. В 1912 г. синтезирован люминал. В настоящее время существует около 30 синтезированных препаратов, среди которых выделяют препараты длительного действия (8—12 ч) — фенобарбитал (люминал), среднего действия (6—8 ч) — барбитал (веронал), барбитал-натрий (мединал), амитал-натрий (барбамил), короткого действия (4—6 ч) — этаминал-натрий (нембутал).

Смертельной дозой барбитуратов считается одномоментный прием около 10 терапевтических разовых доз каждого препарата или их смеси.

Транквилизаторы — вещества, снижающие тревогу. Наиболее распространенными являются препараты группы бензодиазепинов: седуксен (валиум, сибазон, диазепам), элениум (либриум, хлозепам), оксазепам (тазепам, нозепам, серакс), нитразепам (эуноктин, радедорм) и др. (всего около 20 препаратов, которые не относят к принятому в РФ списку наркотических веществ). Смертельная доза бензодиазепинов составляет 1-2 г.

***Злоупотребление снотворными и транквилизаторами развивается тремя путями:***

1) прием медикаментов начинается по рекомендации врача, когда на фоне некоторой толерантности наблюдается эйфорическое действие препарата (алкоголики, лица, привычно принимающие снотворные при затягивании бодрствования и др.);

2) эпизодический прием наркотиков, в том числе данной группы, для достижения эйфории;

3) заместительный прием седативно-снотворных веществ наркоманами в отсутствие привычного наркотика.

Наркотический эффект возникает уже при приеме 2—3-кратной терапевтической дозы снотворных и 5—10-кратной дозы транквилизаторов, при условии установки на получение эйфории и преодолении возникающей на первых этапах сонливости. Характерными чертами опьянения является заторможенность, лабильность аффекта, нарастающая дискоординация движений. Указанные признаки более выражены в случае приема седативно-снотворных препаратов.

***Интоксикация препаратами описываемой группы имеет сходство с действием опиатов и протекает в три фазы.***

1 фаза — "приход" — при употреблении транквилизаторов и барбитуратов перорально выражен слабо, для его усиления подэкспертные вводят наркотик внутривенно. Данная фаза кратковременна и занимает несколько секунд.

2 фаза — проявляется отвлекаемостью, эмоциональной лабильностью, склонностью к "недержанию аффектов". В начале опьянения возникает беспричинное веселье, ощущение телесного удовлетворения, симпатии к окружающему. При этом эмоциональный фон неустойчив, веселье легко переходит в гнев, агрессию по отношению к окружающим.

Восприятие действительности искажается, событие, не относящееся к подэкспертному, воспринимается им на свой счет, как нечто оскорбительное или, наоборот, как проявление симпатии, заботы.

Меняется самосознание, снижается самокритика. Больной представляет себя значимой, всеми уважаемой личностью, склонен переоценивать свои возможности. Ориентировка в месте, времени и собственной личности сохранена.

Опьяневшие субъективно ощущают прилив сил, энергии, испытывают желание двигаться, что-то делать. При этом из-за недостаточно координированных движений качество выполняемых действий чрезвычайно низкое. Происходит усиление сексуального влечения, повышение аппетита. Ухудшается память.

Психические нарушения сопровождаются грубыми соматическими и неврологическими изменениями: отмечается гиперсаливация, гиперемия склер глаз и кожи лица. Потоотделение усилено, пот горячий. На спинке языка — неснимаемый коричневый налет. Отмечается гипотермия, брадикардия, гипотония. Зрачки расширены, реакция на свет вялая, отмечается латеральный нистагм, диплопия, дизартрия, гипомимия, понижение рефлексов и мышечного тонуса, атаксия.

3 фаза — проявляется тяжелым глубоким сном. Если сон возникает днем, он длится всего 3—4 ч.

Постинтоксикационное состояние проявляется вялостью, разбитостью, неспособностью сосредоточиться, снижением сообразительности. Сохранены соматоневрологические проявления. Отмечается головная боль, тошнота, рвота, жажда при отсутствии аппетита.

Передозировка препаратов сопровождается наступлением обездвиженности, оглушением, глубоким сном, доходящим до комы. Падает артериальное давление, пульс учащается, дыхание становится поверхностным, частым, замедленным (дыхание Чейна-Стокса). Больной бледнеет, падает температура, исчезают глубокие рефлексы. Смерть наступает при явлениях паралича дыхательного центра.

Развитию комы могут предшествовать состояния оглушения, дезориентировка, беспорядочное двигательное возбуждение, немотивированная агрессия, эйфория или угрюмость.

Психотические состояния в структуре опьянения обычно отсутствуют, лишь иногда отмечаются короткие эпизоды, напоминающие делирий, аменцию и даже маниакальное состояние.

Для барбитуровой наркомании характерны абстинентные психозы, возникающие на 3—5 день после отнятия наркотика, чаще в виде барбитурового делирия, который отличается от алкогольного делирия более глубокой степенью помрачения сознания, с обширными амнезиями по выходе из психоза; меньшим двигательным возбуждением; интенсивной цветовой окрашенностью галлюцинаций; отсутствием неустойчивого аффекта с элементами смешливости, характерного для алкогольного делирия.

**18.3.5 Действие стимулирующих средств**

Стимулирующие вещества известны с древнейших времен. Для снятия усталости, подавления голода, выполнения тяжелой и длительной работы жевались листья коки (Erytroxylon coca), эфедры, ката, заваривались листья чая, мате, дробленые плоды кофе, какао, орехов кола. Значительно позже, в XIX — XX вв. стимуляторы были выделены в чистом виде и исследованы их свойства. В наркологии наибольшее значение имеют следующие стимуляторы: кокаин, амфетамин (фенамин) и его производные (фенатин, первитин и др.), эфедрин, катин, катинон, кофеин.

**Белый порошок** — кокаина гидрохлорид — употребляется путем вдыхания через нос или в виде водного раствора вводится внутривенно. Существует форма кокаина — "крэк", не разрушающаяся при нагревании. "Крэк" готовят с использованием эфира, нашатырного спирта и соды, применяют в виде курения.

Злоупотребление кофеином чаще встречается в форме употребления чефира — напитка, приготовленного путем длительного кипячения большого количества чая — 100—150 г в небольшом количестве (200—300 г) воды.

В структуре заболеваемостью наркоманиями в РФ эта группа наркомании составляет не более 1—2 %. В других странах злоупотребление стимуляторами охватывает значительную часть населения. Например, в странах Ближнего Востока и восточной Африки катизмом поражено до 80 % мужчин.

**Действие стимуляторов**

Эйфорический эффект достигается при приеме внутрь, внутримышечных и внутривенных инъекциях. Для ощущения эйфории требуются индивидуальные дозы. Опьянение при приеме стимуляторов протекает однотипно и представлено четырьмя фазами. Описание фазности при интоксикации стимуляторами дано на примере эфедрина.

**Интоксикация стимуляторами протекает в несколько фаз.**

1. Первая фаза развивается быстро: субъект ощущает озарение, окружающее исчезает, кажется чуждым, иным, теряется способность внешнего восприятия. На фоне острого состояния блаженства возникают изменения проприочувствительности: легкость тела, ощущение полета. Оглушение кратковременно.

2. Вторая фаза развивается при приеме препаратов внутрь. Представлена суженным сознанием и обильными соматическими ощущениями. Чувство легкости, способности к полету сохраняется, и некоторые опьяневшие пробуют, подпрыгивая, взлететь. С поверхности кожи, от мышц, внутренних органов воспринимаются разнообразные приятные ощущения. У многих возникает ощущение движущихся по телу волн тепла и соматического блаженства, исходящих из эпигастральной области. Встречаются ощущения роста волос на голове и чувство периодического, как и волны, приятного озноба. Внимание сконцентрировано на чувственных переживаниях, окружающее не воспринимается. Интенсивность эйфории оценивается как "оргазм всего тела".

3. Третья фаза характеризуется обострением ясности сознания и восприятия окружающего, при суженном объеме восприятия. Качество восприятия характерно для симпатотонии: яркое, насыщенное, с фиксацией мельчайших деталей, приобретающих четкость и контрастность. Фон настроения приподнятый, благодушный, с чувством любви ко всему, всем людям. Опьяневшие испытывают прилив сил, потребность в деятельности, в частности, творческой. Они начинают рисовать, слагать стихи, играть на музыкальных инструментах, строить теории в различных областях знаний. Возникает неуправляемое желание общаться. Они становятся суетливыми и болтливыми. В многоречивости наглядна быстрота и поверхностность ассоциаций, разорванность, персеверации.

Насыщенность, яркость чувственного восприятия очень высоки. Нередки синестезии: звуковые раздражители усиливают световые, цветовые, а зрительные — обостряют восприятие речи, музыки; кожные раздражения усиливают проприочувствительные ощущения. Резко возрастают либидо и потенция, а также сексуальные чувствования.

4. Четвертая фаза — фаза выхода — начинается с восстановления объема сознания и его ясности. Эйфория, благодушие снижаются, иногда сменяясь подавленностью, раздражительностью, желанием остаться одному, в покое. Порог восприятия остается низким, но впечатления не вызывают удовольствия, кажутся чрезмерными.

Наблюдается гиперестезия всех органов чувств, особенно тяжело переносится гиперакузия и светобоязнь, более выраженная при дневном, а не вечернем свете. Возникают сенестопатии в виде нечетких неприятных летучих ощущений в различных частях тела, боль в затылке, "ползание мурашек", озноб, вздрагивания всем телом даже в отсутствие внешних раздражителей. Может наступить поверхностный сон. Отмечаются опустошенность вялость, сонливость без перехода в сон.

Приведенная общая картина опьянения стимуляторами имеет свои особенности в зависимости от употребляемого наркотика. Так, при приеме кокаина мышление характеризуется уничтожением задержек и торможения, а, следовательно, облегчением течения мыслей, само направление которых одновременно становится неустойчивым и определяется целиком окружающей обстановкой.

Если опьянение происходит в одиночестве, то часто дело доходит до смены пестрых рядов представлений с калейдоскопическим чередованием сцен, представляющих или воспроизведение картин прошлых лет, или фантазирование из области будущего. Все трудности, создаваемые действительностью, при этом исчезают из сознания, и в своих воздушных замках кокаинист делается богатым, знаменитым и т. д. Чувство слуха у кокаиниста обостряется, зрение делается более напряженным, поэтому и сами представления приобретают большую яркость и живость. Испытываемое кокаинистом в этой стадии чувство повышенной физической силы, выносливости и уверенности в движениях частью чисто субъективно, частью соответствует кратковременному действительному подъему, испытываемое же им богатство мыслей всегда обманчиво и в действительности сводится к воспроизведению старого материала, в котором часто недостает логической связности.

Длительность опьянения стимуляторами различна в зависимости от того, какой препарат и каким способом введен. Самим опьяневшим свойственно восприятие ускорения времени, часы кажутся минутами. Длительность опьянения амфетамином составляет 2—3 ч, катом — 2 ч, кокаином — 1—1,5 ч, эфедрином — 4—5 ч.

После опьянения физическая и психическая слабость, нарушения сна, аппетита, либидо и потенции могут сохраняться в течении нескольких дней.

**Развитие наркомании**

Зависимость от приема стимуляторов возникает очень быстро: спустя 2—3 недели нерегулярного приема внутрь и через 3—5 инъекций внутривенно. Желание повторить ощущения, поиск наркотика, компании, где можно достать наркотик, появляется уже тогда, когда дозы еще не возросли. Толерантность и извращение действия стимуляторов развиваются также очень быстро.

1 стадия представлена синдромом психической зависимости. Влечение интенсивно, занимает сознание больного, вытесняя интерес к прежним занятиям. Удовольствия, радости, не связанные с опьянением, утрачивают субъективную ценность.

Синдром измененной реактивности представлен быстро растущей толерантностью. Последняя растет за счет учащения инъекций наркотика. Действие стимулятора меняется, укорачивается длительность действия разовой дозы. Слабеют соматические эффекты психостимулятора, характерные для четвертой фазы опьянения: ощущение перебоев и болей в сердце, головная боль, кожно-мышечная возбудимость, озноб, вздрагивания, сенестопатии, задержка мочи. Исчезает психофизическая слабость, больные чувствуют себя бодро, хотя сон и аппетит не восстанавливаются. Трансформируются также первые три фазы опьянения. Острота первых двух фаз не столь интенсивна, они укорачиваются. Третья фаза представлена более упорядоченным внешне поведением, без избыточной двигательной активности. Сохраняется потребность в общении, речевое возбуждение, склонность к творчеству, интеллектуальная радость. Вырабатывается новый ритм приема. Введение наркотика повторяется после окончания действия очередной дозы. Наркотик могут вводить в течение 2-3 дней днем и ночью, суточная толерантность возрастает в 5—6 раз, разовая доза пока не меняется. Период непрерывной наркотизации заканчивается психофизическим истощением. Через 6—10 ч наступает сон, длящийся 1—2 сут., после которого больные приходят в себя. Много едят, особенно сладкое и жирное. Но влечение к наркотику снова толкает их к очередному циклу. Отсутствие наркотика вызывает психический дискомфорт, неудовлетворенность. Нарушена концентрация внимания, продуктивная работа невозможна, все мысли заняты наркотиком.

При употреблении кокаина после того, как состояние кокаинового опьянения достигает своего наивысшего уровня, начинается фаза физического и психического расслабления. Кокаинист чувствует необыкновенную усталость и полное безволие при полном отсутствии потребности во сне. Отсутствие стремлений ведет к полной неподвижности. Вместо того чтобы пойти домой, он всю ночь сидит с тупым видом на том месте, где нюхал кокаин. Настроение подавленное, характерны самобичевание, тяжелое угнетение, тоска или полная душевная пустота. После тяжких страданий кокаинист забывается в тяжелом сне. Проспавшись, он необыкновенно освежается и к вечеру следующего дня готов снова прибегнуть к приему кокаина. Длительность I стадии составляет 1—1,5 мес.

II стадия. Суточная толерантность достигает высокого уровня, складываясь из возросшей разовой и суточной толерантности. Дозы кокаина возрастают до 3 г/сут., амфетамина — до 1 г/сут, первитина — до 0,8 г/сут, прелюдина — до 1,5 г/сут, эфедрина — до 4—6 г/сут. Рост толерантности проявляется главным образом в дальнейшем сокращении последствий разовой дозы. Инъекции учащаются и делаются каждые 1,5—4 ч. Цикл наркотизации представлен 5—7—10 — дневным непрерывным злоупотреблением наркотика и 2—3 днями "отхода" и сна. Происходит изменение характера опьянения. Период эйфории сокращается с 4 до 2 ч, постепенно ослабевает яркость переживаний. Исчезает "прилив", ослабевает ощущение "горячей волны", больные теперь ощущают только теплоту в эпигастральной области, которая, начав подниматься, тут же затухает, не доходя до головы. Приятного озноба уже не появляется. Жажда многосторонней деятельности сменяется какой-либо однотипной деятельностью, например, рисованием, писанием стихов. Темп течения психических процессов долгое время сохранен. Моторная гиперактивность исчезает.

В четвертой фазе опьянения возникает напряженность, иногда с раздражительностью, тревогой. У некоторых выражен дисфорический синдром со злобностью, гневливостью, агрессией. При сроках злоупотребления более года отмечается неустойчивость эйфории, которая легко исчезает от внешних воздействий (например, при обращении к больному).

Во II стадии синдром психической зависимости выявляется с трудом, лишь в периоде ремиссии. Клиническая картина представлена в основном проявлениями физической зависимости. С появлением компульсивного влечения отмечаются и начальные признаки абстинентного синдрома. Влечение к наркотику императивно, неуправляемо. Больные напряжены, злобны, способны на преступление, агрессию. Поведение импульсивно, сознание сужено поисками наркотика.

III стадия. Сохраняется циклическая форма потребления наркотика. Циклы укорачиваются, количество стимуляторов уменьшается. Изменяется действие наркотика. В опьянении соматические ощущения слабые. Психическое и двигательное возбуждение незначительно. Подъем настроения непостоянен. Наркотик употребляется, главным образом, чтобы предотвратить абстинентный синдром.

В опьянении проявляется деградация. Речь вязкая, медлительная, с персеверацией, лишенной какой-либо продуктивности. Характерно собирательство мелких ненужных предметов. Сексуальная ориентация может меняться с гетеросексуальной на гомосексуальную, иногда проявляется сексуальная агрессия в форме педо- и геронтофилии. Прием наркотика прекращается из-за психической и физической невозможности дальнейшей интоксикации. Вместо эйфории появляется взбудораженность, пугливость, страхи. Зрительных обманов восприятия не бывает. Прилива сил не происходит, нарастает физическая усталость, вялость, апатия, стойкая бессонница. Без седативных средств сон, как правило, не наступает.

Через 12—20 ч после отнятия наркотика нарастают симптомы абстиненции, описанные выше. Характерен неустойчивый эмоциональный фон с меняющимся многократно в течение дня настроением от повышенного, гипоманиакального, до раздражительного, мрачного, гневливого настроения со злобным аффектом, подозрительностью и недовольством окружающими. Периодически появляется безотчетная тревога, внутреннее напряжение. На 2 — 4-й день усиливается компульсивное влечение, сопровождающееся раздражительностью, вспыльчивостью, злобностью, грубостью. Длительность дисфорического этапа абстиненции составляет от 12 до 24 ч, после чего больной становится апатичным, вялым, жалуется на сниженное настроение. Жизнь представляется больным потерянной, ничто не радует, окружающее кажется бессмысленным, неинтересным. Отмечается резкая физическая слабость. Тревожность и мнительность сохраняется первые 4—5 дней абстиненции. Через 7—10 дней состояние больных улучшается, но еще на протяжении 2—3 недель сохраняются вялость, сниженный фон настроения, раздражительность, невозможность сконцентрировать внимание.

Последствия и осложнения хронической интоксикации стимуляторами возникают в течение первых месяцев злоупотребления. Особенностью является ранняя социальная декомпенсация. Как только формируются циклы употребления наркотика, больной не в состоянии посещать учебу, работу, конфликтует с окружающими. Возникают значительные психические изменения. Падает способность активного внимания, нарушается произвольное воспроизведение, появляется склонность к резонерству с плоскими суждениями, интеллект снижается, отсутствует критика к своей болезни, имеется грубая переоценка своей личности.

В течение 1,5—2 лет развивается опустошение психической сферы. Речь монотонна, односложна. Больные аспонтанны, бездеятельны. Нарастает грубость, раздражительность, взрывчатость, учащается злобные, агрессивные реакции. Аффективная патология представлена депрессией от дисфорической до апатической. Высок риск суицидальных попыток. Характерна быстрая потеря нравственно-этических представлений. Больные неряшливы, запущены, грязны, ведут паразитический образ жизни. Эгоистичны. Продают вещи из дома, не заботятся о воспитании детей.

Нейротрофические нарушения проявляются в преждевременном старении, сухости и дряблости кожи, ломкости ногтей и волос. У нюхальщиков-кокаинистов описаны изъязвления и прободение носовой перегородки, западение хрящевой части спинки носа. Любые повреждения заживают долго. Характерным проявлением трофических расстройств являются пигментные пятна на месте гнойников, фурункулеза. У больных старческий вид, невыразительное, безжизненное лицо. Они бледны. Конечности холодные, синюшные. Имеются расстройства координации. Поражаются черепно-мозговые нервы, что проявляется диплопией, офтальмоплегией, параличом подъязычного нерва.

Болезнь развивается высокопрогредиентно. Психическая зависимость может возникнуть после первых инъекций кокаина и даже эфедрина. Еще менее эйфоригенный кофеин способен вызывать физическую зависимость в течение 6—15 дней при ежедневном введении в дозе 600 мг. Циклическая форма злоупотребления стимуляторов способствует быстрому развитию физической зависимости и формированию психоорганического синдрома. Ремиссии кратковременны.

Абстинентный синдром проявляется, прежде всего, соматовегетативными признаками. Характерны головная боль, приступы сердцебиения и боли в сердце, одышка в покое, ощущение разбитости в мышцах, фибриллярные подергивания и судороги мимических мышц языка. Тремор усиливается, движения атаксичны, порывисты, неловки, с грубой дискоординацией, чрезмерной амплитудой. Появляются зевота, озноб, гипергидроз. Дермографизм белый. Резко возрастает чувствительность к раздражителям, в том числе кожным. Больной вздрагивает, судорожно отдергивает руки при осмотре. Выражена тревожность, страх перед окружающим. Фазы выделить затруднительно. Возбуждение длится 2—3 дня, даже в случае лечения.

Постабстинентное состояние продолжается до 1—1,5 мес. После возбуждения больные вялы, адинамичны, тоскливы, плачут, убеждены в безнадежности своего состояния. Аппетит отсутствует. Масса тела продолжает снижаться. Характерны лабильность и неупорядоченность, асимметрия вегетативных показателей. Сон длительный, глубокий, иногда дневной.

Острое возбуждение первых суток абстиненции может перейти в |психоз, чаще в делириозной форме. Помрачается сознание с обильными зрительными, слуховыми и тактильными галлюцинациями. Утрачивается ориентировка в окружающем, больной возбужден, переговаривается с голосами часто императивного характера, высказывает отрывочные бредовые идеи преследования и физического воздействия, собирает с поверхности тела видимое ему множество жуков, гусениц, мышей и других мелких оьъектов.

Защищаясь, спасаясь, больные становятся крайне агрессивными. Вегетативные проявления выражены умеренно. Постоянен аффект страха, достигающий иногда степени ужаса. Острота восприятия высока: больной видит малейшие детали предметов, особенности их окраски и т. д. Длительность абстинентного психоза от 3—4 до 10—15 дней. Наблюдается амнезия на происшедшие события за исключением аффективных переживаний. При выходе из психоза у части больных сохраняется подозрительность, недоверчивость, идеи отношения, приступы тревожности. Резидуальная симптоматика сохраняется в течение 3—4 недель на фоне астенической депрессии.

**18.3.6 Эфедроновая наркомания**

В последние десятилетия во многих районах РФ получил распространение прием с немедицинской целью эфедрона, полученного из эфедрина путем специальной обработки последнего. Злоупотребление этим препаратом носит название эфедроновой наркомании, поскольку эфедрон отнесен к наркотическим веществам.

По химической структуре и действию эфедрон может быть отнесен к группе амфетаминов, а клиническая картина эфедроновой наркомании близка к наркомании, обусловленной амфетамином. Однако имеется ряд особенностей в течении эфедроновой наркомании. Эфедроном начинают злоупотреблять в подростковом и молодом возрасте. Мотивом первого ведения наркотика обычно является подражание, а начало наркомании и ее становление происходят, как правило, в группе. Систематическое применение эфедрона можно отнести к одной из самых злокачественных наркоманий в связи с тем, что психическая зависимость от него развивается чрезвычайно быстро, после нескольких инъекций препарата, а иногда уже после одного введения.

Эфедрин, являющийся основой кустарно изготовляемого эфедрона, находит широкое применение в медицине. Это сделало его легкодоступным для приобретения. Вводится эфедрон с наркотической целью внутривенно от 2 до 80 мл/сут, доза варьирует в зависимости от стадии наркомании, частоты введения, индивидуальных особенностей организма. Наркотический эффект развивается сразу или через 15—20 мин после введения и длится 6—8 ч. Постепенно с повышением толерантности этот период укорачивается до 2—3 ч, что сопровождается сокращением срока между инъекциями, число которых достигает до 10 раз в сутки.

***Состояние наркотического опьянения*** характеризуется субъективно приятно переживаемым чувством эйфории, прилива энергии, легкости тела, ясности мысли, повышением трудоспособности. Весь мир воспринимается в приятных радужных тонах, теряется ощущение времени, свое состояние больные определяют как состояние счастья и необычной радости.

Внешне опьяневший становится многословным, суетливым, его деятельность носит непродуктивный, нецеленаправленный характер, могут наблюдаться психомоторное возбуждение, явления деперсонализации. Вегетативные проявления сводятся к тахикардии, повышению АД, сухости во рту.

После периода интоксикации наступает резкий спад самочувствия и настроения с оттенком тоскливости, повышенной раздражительности. Больные испытывают вялость, безразличие, чувство неудовлетворенности, разбитости, слабости. Со временем эйфоризирующий эффект эфедрона постепенно уменьшается, введение препарата лишь несколько уменьшает слабость, вялость и раздражительность, накапливающиеся от введения к введению.

В период острой наркотической интоксикации у больных констатируются признаки повышения внутричерепного давления (оболочечный синдром Брудзинского, болезненность супраорбитальных точек, сочетающиеся с горизонтальным нистагмом и общей кожной гиперестезией), расширение зрачков, горизонтальный мелкоразмашистый нистагм, повышение мышечного тонуса по экстрапирамидному типу. Последние проявления связаны, по-видимому, с токсическим действием марганца, соединения которого используются для приготовления эфедрона кустарным способом.

**Абстинентный синдром** формируется через несколько месяцев (обычно менее года) после начала систематического злоупотребления эфедроном. Развивается на следующие сутки после отнятия наркотика и продолжается от 7 до 14 дней. Абстинентный синдром характеризуется разбитостью, вялостью, раздражительностью, общей слабостью и сонливостью. Отмечаются аффективные нарушения в виде тоскливости, тревожности, депрессии с дисфорическим оттенком, апатии. У некоторых наблюдаются негативизм, ознобоподобный тремор с двигательным беспокойством, истероформные реакции.

**Вегетативные расстройства** представлены головной болью, сухостью во рту, неприятными ощущениями в глазных яблоках, артериальной гипертензией, гипергидрозом, акроцианозом, сальностью кожи, лабильностью вазомоторов лица и шеи. Неврологически обнаруживается оболочечный симптом Брудзинского, сужение зрачков и их вялая реакция на свет, диффузная мышечная гипотония, гипомимия лица, изменение сухожильных рефлексов, статическая атаксия, интенционный тремор, нарушение координации, дизартрия.

Систематический прием эфедрона приводит к потере аппетита, уменьшению массы тела, стойкой бессоннице, снижению работоспособности. Вне приема наркотика наблюдаются выраженные астено-депрессивные состояния, чувство разбитости, неспособности сосредоточиться, что вынуждает наркомана прибегать к введению очередной дозы наркотика, который не столько вызывает эйфорию и чувство физического и психического комфорта, сколько уменьшает имеющиеся расстройства настроения и физического состояния. С течением времени меняется поведение больного, развиваются психические расстройства. Возникает общая параноидная настроенность, подозрительность, навязчивые страхи. Могут развиться психосенсорные расстройства, нарушения схемы тела, дисморфофобии.

***Чувство неуверенности и страха толкает*** больных к общению, в котором они многословны, непоследовательны, суетливы, неусидчивы. Развивающиеся психозы сходны с амфетаминовыми, возникают в результате систематической и длительной интоксикации на фоне выраженной бессонницы и общего истощения организма. Наиболее распространенными являются затяжные бредовые психозы, характеризующиеся бредом преследования, отношения, ревности. Прогноз психозов благоприятен в случае полного прекращения употребления наркотика и своевременно начатого лечения.

В целом эфедроновая наркомания течет неблагоприятно. Ремиссии кратковременные. Течение осложняет развитие психоорганического синдрома. Больные социально декомпенсированы, социального восстановления, как правило, не наблюдается.

**18.3.7 Действие галлюциногенов**

Особое место среди наркотических веществ занимают психодизлептики (синонимы: галлюциногены, психоделики, психотомиметики, деперсонализаторы, психотогены), в первую очередь диэтиламид лизергиновой кислоты (ЛСД), мескалин (пейотль), семена ипомеи, мускатный орех, псилоцибин, эрготамин и др.

В соответствии с законодательством РФ эти вещества относятся к наркотическим веществам и запрещены для применения. Соответственно запрещены их производство и импорт.

В то же время в соответствии с международным правом они контролируются не как наркотические вещества, а как психотропные, находящиеся в списке № 1 Конвенции о психотропных веществах (1971).

Психодизлептики, как и все наркотические вещества, вызывают эйфорию, изменение сознания, расстройства восприятия, мышления, способны формировать пристрастие, наркоманическую зависимость. В отличие от действия прочих наркотиков, они вызывают эйфорию в меньшей степени, но обуславливают большую выраженность расстройств сознания, восприятия и мышления.

Все психодизлептики, и это главное, вызывают спонтанную, неуправляемую, часто не связанную с внешними раздражителями психопатологическую продукцию. Этот наплыв, психический автоматизм, дезорганизует психику до степени психоза. Поэтому не случайны такие названия этого класса веществ как "галлюциногены", "фантастики", "психотомиметики". Если опиаты вызывают расстройства познавательной функции, эмоций, поведения, стимуляторы — расстройства восприятия, в том числе параноидную настроенность интерпретации, снотворные — расстройства эмоций и мышления, то психодизлептики вызывают одновременное расстройство всех психических функций на всех уровнях.

**Действие психодизлептиков**

Опьяняющий эффект возникает при приеме количеств, измеряемых миллиграммами. Для ЛСД это 50—200 мкг., мескалина — 200—500 мг, псилоцибина — 10—50 мг, циклодола — 6—8 мг.

Скорость появления субъективных и объективных признаков опьянения колеблется от нескольких минут (ЛСД) до 15—30 мин (псилоцибин, мескалин, циклодол).

Изменение сознания при приеме психодизлептиков представлено чаще всего делириозной формой. В ряде случаев помрачение достигает глубины сумерек и пробуждение опьяневшего невозможно. Возможно онейрическое расстройство сознания и характерные для онейроида симптомы (космическая, религиозная, мистическая тематика переживаний, ступор и т. д.), когда опьяневший как бы находится в зрительном зале, а не на сцене, наблюдая за происходящим со стороны.

Примечательно, что во многих случаях, особенно после интоксикации ЛСД, мескалином и псилоцибином, воспоминания о перенесенном многообразны, ярки и обильны. Восприятие характеризуется не только искажением и насыщенной или ослабленной эмоциональностью. Возникает внутренняя картина, восприятие без внешнего раздражителя: скользящие образы с закрытыми глазами, музыка, голоса внутри с самой необычной локализацией.

Часты синестезии, когда звук "видят", а цвет, образ "слышат". Восприятие извращается, холодное кажется горячим, гладкое — колючим. Нарушается внутренняя перцепция; необычайны ощущения схемы тела, размеров, расположения отдельных его частей вплоть до чувства отделенности от тела конечностей, мозга и т. д. Меняются восприятие времени, пространства, соотношения окружающих предметов, их форма, масса, плотность, текстура.

Теряется различие между болезненными представлениями и реальностью. Описаны переживания ужаса, витальной тоски, бессмысленности жизни, приступы неуправляемой агрессивности, случаи самоубийств и убийств во время опьянения и в последующие, несколько суток.

Иногда опьяневший ощущает сверхсчастье, близость к Богу, неизъяснимый восторг. Эйфория при опьянении некоторыми психодизлептиками (ЛСД) не включает, как правило, соматический компонент удовольствия. Блаженство и восторг переживаются экстатически, с застыванием.

***Наиболее глубокое проявление*** — нарушение осознания своей личности, которое можно представить как раздвоение, чуждость и даже потерю. Деперсонализация принимает иногда причудливые формы: ощущение себя лицом противоположного пола, неодушевленным предметом, существом, "рассеянным в планетарных лучах". Психические процессы приобретают автоматичность, становятся неуправляемыми, сноподобными. Спонтанно всплывает в представлениях, казалось, давно забытое; нейтральное предстает как значимое, значимое — как безразличное; значения приобретают противоположный смысл. Концентрация внимания невозможна.

У части больных этой наркоманией состояния интоксикации |могут переходить в картину затяжного психоза с галлюцинаторно-бредовыми переживаниями, требующими лечения в условиях психиатрического стационара. Наблюдение за такими больными подсказало возможность рецидивов психических состояний, уже непосредственно не связанных с приемом очередных доз наркотика.

Из других патологических нарушений, которые проявляются при хроническом употреблении психодизлептиков, описываются личностные изменения в виде подозрительности, склонность к формированию идей отношения, периоды страха, сниженного настроения, являющиеся причиной суицидального поведения. Лечение наркоманий, вызванных психодизлептиками (галлюциногенами), при раннем его начале может привести к благоприятным результатам.

**18.3.8 Действие летучих растворителей**

**Летучие растворители (ингалянты) —** это вещества, которые вдыхают с целью получения токсического опьянения. Действиями такого рода занимаются, как правило, подростки. В разнообразных средствах бытовой химии и технических жидкостях действующими веществами в основном являются алифатические и ароматические углеводороды. Среди них чаще всего токсикоманами используются бензол, ксилол, толуол, ацетон и другие кетоны, этиловый и амиловый эфиры, метиловый и изопропиловый спирты, а также галогенизированные и фторированные углеводороды.

Соматовегетативные признаки опьянения различными ингалянтами во многом сходны и начинают развиваться раньше психических нарушений, в первой фазе опьянения. Сперва возникает головокружение, раздражение верхних дыхательных путей (щекотание в носу и горле, кашель), затем покраснение лица, склер. Зрачки расширяются, пульс учащается, может наблюдаться спонтанный нистагм, речь становится дизартричной, смазанной, с пропуском слогов и слов, походка шаткая, нарушается координация движений.

Вторая фаза развития опьянения начинается с эйфории. Для вдыхания паров бензина используют ткань, пропитанную этим веществом. Эйфория не сопровождается усилением двигательной активности. Постепенно развивается легкое оглушение, вдыхающий отключается от всего происходящего. Начинается наплыв зрительных галлюцинаций, отношение к которым двойственное: чувство страха сочетается с увлеченным интересом.

К зрительным галлюцинациям могут присоединиться слуховые, всегда связанные по тематике со зрительными. Токсикоманы могут как бы произвольно "заказывать" тематику болезненных переживаний. В начале делирия к переживаниям сохраняется частичная критика, в дальнейшем она полностью утрачивается. Тогда галлюцинации принимаются за реальность, вдыхающий может броситься бежать или отбивается от мнимых преследователей. Но так как ингаляция при этом прекращается, то и помрачение сознания быстро ослабевает и критика к галлюцинациям возвращается. Этим, видимо, объясняется редкость общественно опасных действий, совершаемых в этих состояниях. Через 10—30 мин сознание полностью проясняется, галлюцинации прекращаются.

При вдыхании паров пятновыводителей эйфория выражена очень ярко, опьяневшие не только улыбаются, но и громко хохочут, особенно в компании. Затем наступает визуализация представлений ("о чем подумаю, то и увижу"). Сохраняющийся эйфорический фон определяет содержание представлений, которые отражают ранее виденное, слышанное, прочитанное. Возникавшие во время опьянения непроизвольные представления хорошо сохраняются в памяти, о них подростки с удовольствием рассказывают приятелям. Подышав несколько минут, ингаляцию прерывают, но еще 5—20 мин могут продолжаться визуализированные представления.

Более длительные ингаляции (с перерывами в течение нескольких часов), приводят к развитию онейроида. На фоне ощущения, отключенности от окружающего, обездвиженности развертываются яркие сценоподобные картины, напоминающие увлекательный фильм. Ощущение произвольности утрачивается, видения уже не возникают по заказу, а носят характер насильственности.

Вслед за онейроидом наступает астения, вялость, апатия, легкая депрессия с дисфорическим оттенком.

Опьянение парами ацетона сходно с тяжелым опьянением от паров пятновыводителей: на фоне легкой эйфории быстро возникают онейроидные переживания с красочными грезоподобными фантазиями. Вслед за онейроидом может последовать сопор, а затем и кома.

Опьянение парами толуола и растворителей нитрокрасок. Подростки дышат 1—2 мин из целлофанового пакета. Через 10—15 мин развивается собственно опьянение.

При первых "пробах" имеют место сужение сознания, двигательное возбуждение, быстрая смена аффекта от восторженного экстаза до неукротимой злобы, бледность, тахикардия, сухость во рту. При повторных опьянениях развивается приятное благодушное состояние ("кайф") с ощущением легкости тела, душевного подъема, особой яркости красок вокруг, обострения слуха. Затем около часа продолжается делирий с истинными зрительными и слуховыми галлюцинациями.

Опьянение в зависимости от дозы жидкости (от 10 до 1000 мл) длится от нескольких минут до 2 ч. По вытрезвлении возникает астения с дисфорией и головной болью.

Опьянение парами некоторых видов клея начинается с эйфории, сопровождающейся обездвиженностью, за которой следует возникновение онейроидного состояния с нарастающим оглушением вплоть до полного отключения от окружающего.

Для переживаний в этих состояниях наиболее характерны "видения", напоминающие мультипликационные фильмы, часто смешного содержания. Галлюцинаторными образами часто являются ярко окрашенные маленькие человечки и зверюшки, быстро движущиеся, с живой мимикой, иногда говорящие писклявыми голосами. Эйфорический фон сохраняется на всем протяжении опьянения вплоть до глубокого оглушения.

Несмотря на обычно небольшую длительность опьянения, по вытрезвлении подросткам кажется, что прошло очень много времени. Как правило, сохраняются довольно полные воспоминания о перенесенном.

Постинтоксикационное состояние включает психическую и физическую астению, чувство утомления, вялости затруднение при попытках сосредоточиться, при тяжелом опьянении — головную боль, тошноту и рвоту.

При развившейся токсикомании в опьянении ингалянтами исчезают неприятные физические ощущения, головная боль, тошнота. Атаксия заметно уменьшается, опьяневшие, хотя и неуверенно, могут ходить. Первая фаза опьянения сокращается. При первых вдыханиях возникают эйфория и нарушения восприятия. Наплыв галлюцинаций приобретает некоторую упорядоченность. Опьяневшие в большей мере, чем ранее, могут собой управлять, контролировать вдыхание, сохранять и поддерживать искомую глубину опьянения.

**18.3.9 Действие корректоров психофармакотерапии (циклодол, паркопан и аналоги). Полинаркомании**

Интоксикация препаратами данной группы сопровождается возникновением расстройства схемы тела, изменением восприятия размера и формы окружающих предметов. Возможно также развитие циклодолового делирия, сопровождающегося обилием зрительных галлюцинаций устрашающего характера. Злоупотребление данными препаратами может приводить к формированию психической зависимости, возникновению изменения личности, вплоть до ее деградации.

Полинаркоманией называется одновременное злоупотребление несколькими наркотиками. Переход на употребление двух наркотиков и более может быть обусловлен тремя основными причинами.

1. Ранее принимаемый наркотик не приносит желаемого эйфорического эффекта в силу нарастающей толерантности, в этих случаях выбирается более сильный наркотик. Например, довольно часто курильщики гашиша прибегают к употреблению опия и его дериватов, при этом часть наркоманов сохраняет и привычное употребление препаратов конопли.

2. Практически при всех типах наркомании с течением времени наступает нарушение сна. Стойкая многодневная бессонница вынуждает больных наркоманией прибегать к снотворным, которые, в свою очередь, вызывают зависимость от них, В этих случаях прием снотворных становится постоянным, а дозы их постепенно увеличиваются.

3. Привычный наркотик становится труднодоступным чаще всего в связи с финансовыми затруднениями наркомана. Тогда наркоман начинает принимать другие средства, вызывающие эйфорический эффект. Обычно это наблюдается на поздних стадиях наркомании у больных с выраженными личностными изменениями. Эта группа наркоманов начинает употреблять не только наркотики, но и другие вещества токсического действия, в том числе и алкоголь.

В ряде случаев наркоман полностью переходит на прием доступных для него токсических веществ, и тогда речь идет уже не о наркомании или полинаркомании, а о токсикомании или политоксикомании.

Клиническая картина полинаркоманий более тяжелая, определяется не простой суммой действия отдельных наркотиков, а результатом их взаимодействия. Личностные изменения становятся более грубыми, асоциальное поведение принимает более тяжелые и уродливые формы, чаще наблюдаются психотические расстройства с затяжным течением, нередки выраженные снижения мнестических и интеллектуальных функций.

Прогноз полинаркоманий всегда неблагоприятный, ремиссии при условии привлечения наркомана к лечению кратковременные.

**18.4 Судебно-психиатрическая экспертиза наркоманий**

Поскольку прием алкоголя, его дозировка, возможные последствия осознаются, "лицо, совершившее преступление в состоянии алкогольного опьянения, вызванном употреблением алкоголя, наркотических веществ, подлежит уголовной ответственности" (ст. 23 УК РФ).

Психические изменения при алкогольной деградации не лишают больных способности отдавать отчет в своих действиях и руководить ими. Поэтому такие лица, совершившие правонарушение, признаются вменяемыми. Исключение могут составить довольно редкие случаи, в которых хронический алкоголизм вследствие сочетания с возникшими атеросклеротическими возрастными изменениями принял характер выраженного алкогольного слабоумия.

В отличие от обычного, патологическое опьянение — это кратковременное болезненное психическое состояние, которое возникает внезапно, протекает в довольно короткое время и в силу скоротечности почти никогда не бывает предметом врачебного наблюдения. Клинические проявления патологического опьянения психиатрам почти всегда приходится восстанавливать ретроспективно, по материалам уголовного дела, нередко на основании показаний немногочисленных свидетелей. Если доказано, что субъект находился в состоянии патологического опьянения, то он признается невменяемым.

***Диагностика наркоманий*** проводится с учетом характера и особенностей психических, соматических и неврологических расстройств. Учитываются сведения, полученные от родственников или иных лиц о регулярном употреблении подэкспертным того или иного наркотического вещества, наличие на теле следов множественных уколов или рубцов от мелких абсцессов (характерны для парентерального пути введения наркотика, например морфия), быстрое возникновение абстиненции при прекращении доступа к наркотикам, выявление в анализах биологических жидкостей следов наркотических веществ или их метаболитов, установление соматических и неврологических расстройств, которые могут быть предположительно связаны с длительным употреблением наркотических препаратов.

***Для правильной клинической верификации*** состояния острой интоксикации психоакгивными веществами при совершении противоправного деяния необходим последовательный анализ всех имеющихся в материалах уголовного дела сведений. Это позволяет ретроспективно воссоздать поведение испытуемого в исследуемой ситуации и дать оценку его психического состояния в тот период. По данным всех свидетельских показаний, если таковые имеются, необходимо выяснить, какими были внешний вид испытуемого и особенности его поведения перед совершением инкриминируемого ему деяния в период его совершения и после него: выражение лица и глаз, цвет кожных покровов, особенности отдельных движений и поступков, внезапное изменение поведения, наличие или отсутствие речевой продукции (если она имела место, то ее особенности), характер координации движений, эмоциональные и вегетативные реакции, потеря ориентировки, мышечный тонус. Особое значение имеет поведение испытуемого после совершения правонарушения и во время его задержания, в частности, попытки скрыться с места происшествия или сокрыть следы преступления, сопротивление при аресте, эмоциональная реакция на факт задержания сотрудниками милиции, особенности первого речевого контакта с окружающими после случившегося и т. д. Именно выявленные следователем при проведении следственных действий объективные данные (показания свидетелей о поведении испытуемого, его высказываниях, особенностях мимики, моторики, контакта с окружающими, данные первого допроса испытуемого, сведения об отношении подэкспертного к инкриминируемому ему деянию) зачастую оказываются единственным источником для диагностических выводов. Проведение судебно-психиатрической экспертизы подобного рода требует обязательного сопоставления этих данных с результатами стационарного обследования.

В соответствии со ст. 23 УК РФ, лица, совершившие преступление в состоянии опьянения, вызванного употреблением наркотических или других одурманивающих веществ, признаются вменяемыми. Лицо, страдающее наркоманией, признается невменяемым, если в период совершения правонарушения оно находилось в психотическом состоянии или при глубоких интеллектуально-мнестических и личностных нарушениях, которые развились в связи с длительным злоупотреблением наркотическими веществами.

При неглубоких психических расстройствах, которые все же ограничивают возможность осознания общественной опасности и контроля своих действий, судебно-психиатрическая оценка и решение суда определяются с учетом ст. 22 УК РФ.

Наркоманы, осужденные за преступления, совершенные в состоянии вменяемости, в соответствии со ст. 99 и 104 УК РФ, подлежат принудительному лечению, соединенному с исполнением наказания по месту отбывания наказания.

Исходя из того, что наркомания причиняет ущерб не только психическому и соматическому состоянию человека, но и вызывает ряд социальных осложнений (имущественные, жилищные, брачно-семейные), закон предусматривает возможность ограничения дееспособности наркоманов. Над этими лицами по решению суда устанавливается попечительство. При прекращении злоупотребления наркотиками ограничение дееспособности отменяется в судебном порядке. Кроме ограничения дееспособности, к наркоманам могут применяться такие меры, как лишение родительских прав и др. При наличии выраженных психотических расстройств, изменений личности, исключающих возможность понимания значения своих действий и руководства ими, наркоман может быть признан недееспособным, с установлением над ним опеки. Все гражданские акты, совершенные наркоманами в психотическом состоянии, признаются недействительными.

**19. Олигофрении**

**19.1 Понятие и классификация олигофрений**

**Олигофрении** (от греч. Олигос — малый и френ — ум) — врожденные или приобретенные в раннем детстве патологические состояния, проявляющиеся относительно стабильным интеллектуальным недоразвитием, ведущим к нарушениям социально-трудовой адаптации.

Термин "олигофрен" впервые предложен немецким психиатром Э. Крепелином. Умственная отсталость является широко распространенной формой патологии во всем мире (до 3 %).

***В зависимости от причин возникновения олигофрении принято разделять на три группы.***

**1. Олигофрении эндогенной природы.**

Развиваются в связи с неполноценностью генеративных клеток родителей или наследственно обусловленные

Синдром Дауна. При этом синдроме происходит изменение числа хромосом, выражающееся в наличии лишней 47 хромосомы (нормальное число 46).

Интеллектуальная недостаточность при болезни Дауна в большинстве случаев выражена имбецильностью, реже достигает идиотии и совсем редко — дебильности.

Характерен внешний вид таких больных: косой разрез глаз, с кожной складкой во внутреннем углу (третье веко, эпикант), наличие участков депигментации на периферии радужки, круглое широкое лицо с румянцем на щеках, маленький нос и маленькая верхняя челюсть. Язык и верхняя губа увеличены. Зубы редкие и мелкие, рот небольшой, открыт, возможно слюнотечение. Голова маленькая, затылок уплощен. Пальцы кисти толстые и короткие. Наряду с этими признаками, отмечаются уродства развития со стороны внутренних органов.

***Истинная микроцефалия (малоголовость)***

В основе этой формы лежит недоразвитие головного мозга, в первую очередь, больших полушарий. Особенно недоразвиты лобные доли.

Малоумие чаще проявляется идиотией, при которой относительно удовлетворительно может быть развита эмоциональная сфера.

***Энзимопатическая олигофрения***

Заболевание обусловлено врожденными нарушениями обмена веществ, в основе которого — наследственная ферментативная недостаточность (энзимопатия).

**Фенилкетонурия**

В основе — нарушение переработки фенилаланина в тирозин, в результате чего происходит избыточное накопление фенилаланина, с образованием избытка продуктов его метаболизма — фенилпировиноградная, фенилмасляная, фенилуксусная кислоты.

Назначение длительной (3—4 года) специальной диеты, не содержащей фенилаланина, с первых месяцев жизни больных детей, предупреждает развитие интеллектуальной недостаточности.

**2. Олигофрении внутриутробного генеза (эмбриопатии).**

Возникают в результате внутриутробного действия на зародыш и плод различных вредных факторов (вирусные заболевания, токсоплазмоз, интоксикации), уродства развития головного мозга, возникающие в ранние периоды внутриутробного развития и т. д.

Эмбриопатии развиваются при заболеваниях матери вирусными инфекциями: коревой краснухой, гриппом, эпидемическим паротитом, гепатитом и др..

Рубеолярная эмбриопатия — наиболее распространенная форма. Умственное недоразвитие резко выражено и проявляется идиотией, иногда имбецильностью.

К этой же группе олигофрений относят формы, обусловленные токсоплазмозом матери. В случаях раннего заражения, зародыш погибает, при позднем возникает олигофрения.

Олигофрения развивается при гемолитической болезни новорожденных (резус-конфликт), при несовместимости антигенных свойств матери и плода. При этом олигофрения может быть выражена в различной степени — от дебильности до идиотии. При рождении ребенка необходимо немедленное обменное переливание крови для снятия токсикоза.

**3. Олигофрении вследствие действия постнатальных факторов**

Вызываются асфиксией и родовой травмой, ранними черепно-мозговыми травмами и инфекциями, поражающими нервную систему.

**19.2 Психические расстройства при олигофрениях**

Характерным является недоразвитие психики в целом, с преимущественным поражением интеллектуальных функций.

Такие дети отстают в развитии от сверстников. Речь появляется поздно, или вовсе не развивается. Начинают ходить с 3-5 лет и позже, а в тяжелых случаях даже этот двигательный навык не развивается. Движения некоординированны, мимика бедная и однообразная.

Во внешнем виде отмечается непропорциональность телосложения, асимметрия лицевого скелета, череп маленький или чрезмерно большой, конечности несоразмерной длины.

Мышление нарушено в различной степени, в зависимости от формы олигофрении. У больных снижена или отсутствует способность к аналитической и синтетической мыслительной деятельности.

В эмоциональной сфере преобладают низшие эмоции, аффекты недифференцированны и неполноценнны.

Волевые процессы проявляются в элементарных влечениях, в неспособности или недостаточности выполнения целенаправленной деятельности

Психические нарушения при олигофрении отличаются отсутствием прогредиентности, относительной стабильностью и сохраняются на протяжении всей жизни.

По глубине и тяжести психических расстройств различают три степени олигофрении: идиотия, имбецильность и дебильность.

**Идиотия** — наиболее тяжелая степень, когда невозможно даже развитие навыков самообслуживания. Обычно резко выражено физическое недоразвитие, идиоты чаще не умеют ходить, а ползают по полу. Сидя в постели, они ритмично раскачиваются, хлопают в ладоши, бьют себя кулаками.

Речь может быть неразвита, примитивна или в зачаточном состоянии. Часто они способны издавать только малопонятные, нечленораздельные звуки, не понимают речь других.

Идиоты не ориентируются в окружающем, посторонние раздражители не привлекают их внимания, взор блуждающий, они не следят за движущимися объектами, не откликаются на зов. Отмечается реакция только на сильные болевые раздражители.

Высшие психические функции практически отсутствуют. Эмоциональное отношение к неприятным раздражениям выражают рычанием, взвизгиванием, часто наносят себе повреждения, царапают себя, бьются головой.

Поведение немотивировано, часто могут наблюдаться импульсивные поступки и агрессия.

Преобладает низшее инстинктивное существование, в виде, например, упорной мастурбации и потребности в еде. Под влиянием голода могут возникать вспышки ярости. Идиоты прожорливы, однако не отличают съедобного и несъедобного, едят траву, листья, камни, экскременты.

Нарушено усвоение простейших навыков: есть ложкой, ухаживать за собой, содержать себя, одежду, постель в чистоте. В этой связи они часто заболевают желудочно-кишечными заболеваниями, туберкулезом.

При менее выраженной идиотии больные обладают элементарной речью, небольшим запасом слов (до 20). Они могут даже понимать отдельные просьбы и приказания других, проявляют привязанность к ухаживающему за ними чесловеку, узнают близких, соблюдают примитивные гигиенические правила и достигают зрелого возраста. Несмотря на это идиоты практически неспособны к самообслуживанию, нуждаются в постоянном надзоре, помощи и уходе.

По своим физическим и психическим возможностям идиоты практически не в состоянии совершать общественно-опасных деяний. При этом они сами могут являться жертвами преступлений (изнасилование).

**Имбецильность** — средняя степень умственного недоразвития. Имбецилы почти всегда отстают в физическом развитии, но могут научиться ходить и говорить. Речь их элементарна, неправильная, косноязычная.Запас слов включает от 200 до 600 названий предметов повседневного обихода. Мысли излагают более или менее связно, понимают чужую несложную по содержанию речь.

Мышление примитивное, конкретное, объем сведений и знаний невелик. Абстрактное мышление отсутствует.

При этом имбецилы могут проявлять некоторые изолированные способности: великолепно запоминают музыкальные мелодии, отдельные факты, цифры. При этом память носит механический характер.

В специальных школах для умственно отсталых, имбецилы могут научиться чтению, письму, простому счету. Сложные арифметические действия даются им с трудом.

Могут усвоить элементарные житейские навыки, следить за собой и своей одеждой, осваивают простую механическую работу, хотя выполняют ее чаще под наблюдением (пастух, садовник).

Иногда бывают хвастливы, назойливы, упрямы, самодовольны, лживы. Часто служат предметом насмешек и забавы сверстников и окружающих.

Критика у них резко снижена. Имбецилы не улавливают переносного смысла в пословицах и поговорках, не понимают шуток. Легко внушаемы, доверчивы, с чем иногда связаны их общественно опасные действия, нуждаются в постоянном надзоре.

**Дебильность** — наиболее легкая степень умственного недоразвития. Среди умственно отсталых их большинство. У них отсутствуют грубые изменения в физическом строении тела и черепа, как у идиотов и имбецилов. При этом их движения неловкие, угловатые. Мышление элементарно, абстрактные обобщения затруднены. Преобладает конкретно-образный тип мышления. Память преимущественно механического характера.

Дебилы могут учиться в обычной школе, но плохо успевают и по нескольку лет учаться в одном классе. В некоторых случаях они обнаруживают способности к рисованию, пению, счету. Способны усвоить простые трудовые навыки, запас практических познаний невелик.

**19.3 Судебно-психиатрическое значение олигофрений**

Наибольшее судебно-психиатрическое значение имеют волевые дефекты дебилов. Они, как и имбецилы, повышенно внушаемы, склонны к подражанию, что в отдельных случаях может быть использовано другими лицами в противоправных целях. В отличие от нормальных людей постоянно нуждаются в поддержке близкого человека. Несмотря на кажущееся добродушие, иногда могут совершать тяжкие преступления. Вследствие умственной неполноценности, примитивные аффективные реакции при психотравмирующей ситуации у этих лиц могут проявляться в виде срыва и возникать по незначительному поводу.

По особенностям внешних проявлений и поведению олигофренов (дебилов и имбецилов), выделяют два типа:

Гипердинамический тип характеризуется возбудимостью, подвижностью, раздражительностью, расторможенностью, повышением сексуального и пищевого влечений.

Гиподинамический тип проявляется вялостьюбезразличием, апатией, медлительностью.

Возбудимые олигофрены гипердинамического типа часто представляют выраженную общественную опасность и обычно нуждаются в длительно принудительном лечении.

Правонарушения олигофренов гиподинамического типа чаще являются следствием их беспомощности и растерянности, возникающих в затруднительной для них ситуации. Они не представляют значительной общественной опасности, и нуждаются не столько в лечении, сколько в уходе.

Общественно опасные действия олигофренов чаще диктуются насущными потребностями или ничем не сдерживаемыми влечениями. Иногда правонарушение олигофренами совершается в состоянии ярости, гнева и других аффектов, которые они не в состоянии преодолеть в связи с ослаблением тормозных процессов.

СПЭ идиотов и дебилов не вызывает затруднений, они как правило признаются невменяемыми. При экспертизе дебилов учитываются данные клинического обследования в условиях стационара. Основной критерий — мог ли испытуемый по умственным способностям достаточно правильно осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, способен ли он был противостоять своим влечениям.

Олигофрены с неглубоким умственным дефектом могут быть допрошены в качестве свидетелей или потерпевших. При глубокой степени олигофрении лицо, не способное правильно ориентироваться в ситуации, последовательно восстановить события и правдиво сообщить о них, не может давать показания по делу, а данные им ранее показания не считаются источником доказательств.

В некоторых случаях олигофрены проявляют склонность к оговорам и самооговорам, что является результатом повышенной внушаемости, испугом, растерянностью.

В гражданском процессе идиоты, имбецилы, дебилы с глубокой степенью умственной отсталости признаются недееспособными, они не вправе оформлять браки (оформленный брак расторгается), лишаются родительских прав, гражданские сделки с их участием признаются недействительными.

Легкая степень дебильности не влечет потерю дееспособности, такие лица могут вступать в брак, обладают родительскими правами, вправе заключать гражданские сделки и договоры.

**20. Психопатии**

**20.1 Понятие и классификация психопатий**

**Психопатия** — стойкая аномалия личности, характеризующаяся нарушением эмоционально-волевой сферы и своеобразным, преимущественно аффективным мышлением. Психопатические особенности начинают проявляться уже в детском, подростковом и юношеском возрасте, сохраняясь в течение всей жизни. Они определяют структуру личности психопата и препятствуют полноценному приспособлению такого лица к окружающей среде, затрудняя адаптацию и определяя поведение. Формирование психопатий заканчивается к концу пубертатного периода.

Диагностические критерии психопатии были определены П. Б. Ганнушкиным (1933) в виде триады: тотальность патологических черт характера (проявляются везде), стойкость характерологических нарушений (сохраняется всю жизнь), социальная дезадаптация (обусловленная характером).

**Психопат** — это лицо, у которого заметно выступают стойкие уродливые черты характера и темперамента. Интеллект психопата всегда сохранен. Психопат, человек с патологическим характером, несомненно, нездоровый человек, хотя и не душевнобольной.

Многие психиатры преобладающую роль в происхождении психопатий отводили взаимодействию между наследственными, врожденными факторами и неблагоприятными условиями воспитания. По особенностям происхождения (Кербиков О. В., 1971), выделяли психопатии ядерные (врожденные, конституциональные), краевые (вследствие неблагоприятных условий среды) и органические (возникающие после перенесенных травм и заболеваний). Другие психиатры пытались сблизить психопатии с психозами или устанавливали их зависимость от конституциональных особенностей и типа телосложения (Кречмер Е., 1956).

С учетом потребностей судебной психиатрии выделяют следующие формы психопатий: возбудимая, истерическая, паранойяльная астеническая, неустойчивая, тормозная, шизоидная и пр.

**20.2 Возбудимая психопатия**

Возбудимая психопатия встречается наиболее часто. Ее отличительные признаки — повышенная раздражительность, колебания настроения, преобладание аффективности, злобности, взрывов гнева в поведении, проявление агрессии по отношению к окружающим. Нередко психопаты в состоянии раздражения ломают вещи, бьют посуду, рвут одежду, наносят самоповреждения. Они недовольны всем, нетерпимы к чужому мнению, не выносят возражений, склонны к переоценке своих способностей, мелочной придирчивости, обидчивости, злопамятности, мнительности. У некоторых вырабатывается непреодолимое упрямство, поза "борца за справедливость". Они не уживаются в коллективах, часто меняют место работы.

По выраженности отдельных черт личности можно выделить различные варианты возбудимой психопатии. В одних случаях преобладают эпилептоидные черты (льстивость, аккуратность, педантизм, ханжество, злопамятность, жестокость); в других — истерические (театральность, фантазии, эмоциональная несдержанность и т. д.).

Аффективные взрывы у возбудимых психопатов быстро возникают и также быстро проходят. Обычно эти психопаты неуживчивы с окружающими, подозрительны и настороженны, придирчивы и деспотичны в семье. Для них характерны резкие колебания настроения с аффективной напряженностью, приступы дисфории. Часто они обнаруживают влечение к асоциальному поведению, пристрастие к алкоголю и наркотикам.

Возбудимые психопаты, несмотря на кажущуюся неспособность сдерживать себя в состоянии возбуждения, в основном все же признаются вменяемыми, так как их поведение является следствием неблагоприятного воспитания, вседозволенности и результатом убежденности в безнаказанности.

**20.3 Истерическая психопатия**

Истерическая психопатия также встречается довольно часто. Такие лица живут в большей или меньшей степени яркой и выразительной эмоциональной жизнью. Характерен эгоцентризм, стараются привлечь к себе внимание внешностью, яркой и сверхмодной одеждой, оригинальными, но поверхностными суждениями. Их поведение демонстративно, театрально, лишено простоты и естественности. Такой психопат может обладать, однако, хорошим интеллектом и проявлять способности в какой-либо отрасли знаний и искусства.

Под влиянием смены чувств возможен быстрый переход к совершенно противоположным суждениям, отмечается склонность к хвастовству, лживости, вымыслам о мнимых успехах, необычных похождениях, любят фантазировать. Измышления и фантазии они излагают очень убедительно, не вызывая у окружающих никаких сомнений в их достоверности. Степень эмоциональных переживаний истерических психопатов во время таких рассказов настолько велика, что нередко они сами начинают верить в их реальность. Истерические психопаты кокетливы, сентиментальны и сексуальны.

Психопаты истерического круга впечатлительны и легко внушаемы, особенно самовнушаемы. К систематической и напряженной работе они часто не способны, почти всегда не удовлетворены своим положением в семье, коллективе и обществе. Считают, что неудачи их зависят от других и меньше всего в этом винят себя. Свойственные истерическим личностям психическая незрелость, инфантилизм, неспособность к длительному волевому напряжению часто не дают им возможности добиться реализации своих планов. Их чувства поверхностны, неустойчивы, эмоциональные реакции неадекватны. Часто возникают колебания настроения. Истерическим психопатическим личностям свойствен "художественный тип мышления". Их суждения противоречивы. Эти лица стремятся быть в центре внимания, слыть оригинальными, всеми способами вызывают интерес к собственной персоне. Они склонны к авантюризму и легкомысленности.

При неблагоприятных ситуациях у них могут возникать истеро-невротические срывы в виде бурных аффективных реакций с рыданием, криками, нанесением себе повреждений или агрессией в отношении окружающих. У таких лиц могут возникать истерические параличи, утрата способности стоять, ходить и даже сидеть, нарушения речи (потеря голоса, заикание), расстройства чувствительности кожи (анестезии по типу "перчаток", "носков", "чулок" и т. п.), зрения, слуха, тики (подергивания головы, отдельных мышц лица, туловища), сердцебиения, рвота и даже жидкий стул. Нарушения носят функциональный характер, не являются следствием органического поражения и легко дифференцируются от неврологической патологии. Подобного рода состояния имеют иногда упорный длительный характер ("бегство в болезнь").

У многих психопатов-истериков наблюдаются припадки, внешне сходные с эпилептическими, но отличающиеся тем, что возникают обычно в связи с волнующим их поводом, длятся долго, проявляются не столько в судорогах, сколько в беспорядочных движениях и действиях. В состоянии истерического припадка больные рвут на себе одежду, кричат, мечутся из стороны в сторону или катаются по полу. При истерическом припадке обычно не бывает непроизвольного мочеиспускания, выделения пены изо рта, прикусывания языка. Повреждений себе они, как правило, не причиняют. При энергичном воздействии каким-либо способом (приказание, укол иглой, вдыхание раствора нашатырного спирта) припадок может прекратиться. Прекращению припадка может способствовать и уход "зрителей", от реакции которых картина истерического припадка (в отличие от эпилептического) очень зависима.

В крайне редких случаях под влиянием волнений у психопатов истерического круга наступает состояние "мнимой смерти" (летаргия), проявляющееся угнетением всех жизненных функций до такой степени, что с трудом удается уловить деятельность сердца и дыхания. Это состояние следует отграничивать от клинических проявлений ступора или даже комы при других заболеваниях, например инфекционных поражений мозга (энцефалитах), шизофрении (кататонических состояниях) и т. д.

В судебно-психиатрической экспертной практике истерические психопаты встречаются часто. Их преступления нередко необычны и носят характер неожиданной агрессии, сопровождающейся внешне немотивированными и импульсивными действиями. Однако внимательное наблюдение позволяет установить связь этих импульсивных действий с различными внешними факторами. Даже на высоте аффективного разряда у истерических психопатов сохраняется способность контроля над своим поведением, учет ситуации, возможность руководить своими действиями.

Истерические личности склонны к фантазированию, могут рассказывать совершенно неправдоподобные истории и приписывать себе не совершенные ими преступления.

**20.4 Паранойяльная психопатия**

Паранойяльная психопатия относится к сложной и своеобразной форме, характерной особенностью которой является недоверчивость, подозрительность, склонность к образованию сверхценных идей, оказывающих влияние на все их поведение. Такого рода доминирующие идеи заполняют сознание психопата, который не способен переключаться на другие переживания. Охваченный такими идеями субъект убежден в своей правоте, не обращает внимания на разумные доводы и возражения, переубедить его бывает очень трудно.

Паранойяльные психопаты отличаются эмоциональной вязкостью, односторонними увлечениями, упрямством, прямолинейностью, повышенным самомнением, переоценкой своих возможностей и значимости в обществе. Такие лица склонны к лидерству, себя считают борцами за справедливость. Упорно и настойчиво работают над малосущественными изобретениями, которые, по их мнению, имеют особенно большую ценность. Они эгоистичны, бескомпромиссны, безапелляционны, неуживчивы и агрессивны, упрямы и настойчивы, обидчивы и злопамятны. С подозрением относятся к окружающим, нетерпимы к чужому мнению, обороняясь, всегда переходят в нападение, проявляя при этом большую находчивость и ни перед чем не останавливаясь, чтобы исполнить принятое решение.

Часто сверхценные идеи паранойяльных психопатов лежат в основе их сутяжного поведения. Убеждение такого психопата в том, что к нему "несправедливы", ведет к активным действиям по восстановлению якобы его ущемленных прав. Обычно сутяжное поведение начинается после конфликта, в котором он в какой-либо степени является несправедливо пострадавшим. После неудачной попытки восстановить "права" паранойяльный психопат (сутяжник) начинает бесконечные конфликты и подает жалобы во все инстанции, упорно добивается наказания "виновных". Круг лиц, к которым сутяжник предъявляет претензии, постепенно расширяется, в число "врагов" и "недоброжелателей" включаются работники следствия, суда, прокуратуры, эксперты, которые якобы "перешли" на сторону его противников. В своих домогательствах и реализации своей правды паранойяльный психопат нередко доходит до агрессии по отношению к воображаемым врагам.

В борьбе за ущемленные "права" психопаты умело отыскивают сторонников, убеждают многих в своей бескорыстности и правоте. Некоторые из них обнаруживают сильные волевые качества, большую настойчивость и инициативу. Но все это сочетается у них с крайней конкретностью, узостью мышления, наивностью и поверхностными представлениями, трафаретностью суждений и высказываний.

**20.5 Неустойчивая психопатия**

**Неустойчивая психопатия** проявляется непостоянством интересов и частыми колебаниями настроения, переходящего из одной крайности в другую. Это реактивно-лабильные психопаты. Они слабовольны, слабохарактерны, не имеют собственных принципов, подвержены чужому влиянию, внушаемы и самовнушаемы, ленивы и неаккуратны. У них нет интересов, привязанностей, друзей. В то же время они не выносят одиночества, любят бывать в коллективе и различных компаниях. Свои поступки считают правильными, часто обманывают окружающих и зачастую сами верят в свою ложь. Легко раскаиваются в своих неблаговидных действиях, искренне сожалеют об этом и просят прощения. Однако вскоре забывают об этом и вновь повторяют прежние поступки. Их раздражительность и обидчивость нестойки, они готовы всех прощать. В деловых отношениях такие лица не способны к прогнозированию своих поступков. Они нередко бесцельно меняют образ жизни, специальность, разъезжают с места на место, легко попадают в асоциальные компании, спиваются или становятся наркоманами. Неустойчивые психопаты требуют за собой постоянного контроля. Характерны беспричинные смены настроения, хотя поводы для этого могут быть незначительны. При этом возникает тоскливое угнетение или гневная раздражительность, которая является основной чертой таких психопатов. Порог выносливости у них очень невысок. Длительность аффекта оказывается адекватной вызвавшему его фактору. Неустойчивые психопаты ввиду склонности их к расстройствам настроения и приступам депрессии в большей степени представляют опасность для самих себя, чем для окружающих. Они склонны к самоубийству и самоповреждениям, особенно в условиях учреждений уголовно-исполнительной системы. Дисфорические нарушения у таких психопатов периодически повторяются и длятся более или менее продолжительное время, что создает впечатление некоторой цикличности. Поэтому дисфории психопатов по течению иногда похожи внешне на циркуляторные формы психозов.

При наличии частых и глубоких смен настроения описываемые психопаты в редких случаях могут быть признаны невменяемыми. Они внушаемы, легко попадают под влияние других, увлекаются азартными играми, охотно приобщаются к наркотикам. Некоторые обладают хорошими способностями, но из-за неустойчивости интересов не находят им применения, легко переключаются с одной работы на другую, не имеют постоянных привязанностей.

**20.6 Астеническая и психастеническая психопатия**

**Астеническая психопатия** развивается у субъектов, которые обладают слабой нервной системой, с низкой работоспособностью и значительной истощаемостью нервных процессов. По характеру астенические психопаты вялы, беспомощны, инертны, мнительны, педантичны, чувствительны к замечаниям, постоянно сомневаются в правильности своих действий, способностях. Под влиянием чувства собственной неполноценности они нередко высказывают мысли о самоубийстве. Будучи застенчивыми и нерешительными, все же иногда они дают срывы в виде агрессии. Настроение большей частью подавленное, тоскливое.

**Психастеническая форма** является разновидностью астенической психопатии. Психастенические психопаты проявляют тревожно-мнительный характер, нерешительны, застенчивы, пугливы, с боязнью относятся ко всему новому, охвачены постоянными сомнениями, не уверены в себе, им присуще чувство неполноценности. У них отмечают особую склонность к самоанализу и самоконтролю, навязчивым мыслям. Своей аккуратностью, чрезмерной добросовестностью и озабоченностью результатами деятельности (профессиональной, трудовой, бытовой и т. д.) они "терроризируют" окружающих. Склонны к фантазированию и мечтательности.

**20.7 Сексуальная психопатия**

Нарушения сексуального влечения, которые наблюдаются у психопатов, явились поводом для выделения специальной группы так называемых сексуальных психопатий. К сексуальным извращениям относятся гомосексуализм, педофилия, содомия, некрофилия, фетишизм, эксгибиционизм, садизм, мазохизм и др. Следует учитывать, что сексуальные извращения наблюдаются не только у психопатов, но и у психически больных (при эпилепсии, шизофрении, инволюционных психозах, прогрессивном параличе, старческом слабоумии), а также у психически здоровых лиц.

Половые извращения, в том числе и садистические акты, сами по себе не являются показателями психического заболевания и развиваются чаще всего под влиянием раннего пробуждения сексуальности под воздействием неблагоприятных внешних условий (случайные наблюдения над сексуальными взаимоотношениями взрослых, чтение соответствующей литературы и др.).

**20.8 Судебно-психиатрическое значение психопатий**

В большинстве случаев при совершении преступлений психопаты способны осознавать фактический характер своих действий, их общественную опасность и правильно руководить ими. Поэтому, как правило, они признаются вменяемыми.

Невменяемыми чаще признаются невыносливые, астенизированные, беспомощные, лишенные внутренней организованности психопаты, некоторые паранойяльные психопаты с глубокими аномалиями характера в сочетании с интеллектуальной недостаточностью и отсутствием критики. Иногда психопаты признаются невменяемыми в результате резкого усиления психопатических черт характера в период возрастных (например, пубертатных) изменений.

При разрешении вопроса о вменяемости особая осторожность необходима в отношении психопатов примитивного склада с проявлением фанатизма и суеверия. Поскольку эти проявления имеют психологический, а не психопатологический характер и обусловлены не болезнью, а средой, воспитанием, культурным уровнем, то нет оснований признавать таких лиц психически больными, а следовательно, и невменяемыми. Редко невменяемыми признаются психопаты-фантазеры с резко выраженной психической незрелостью и инфантилизмом.

Затруднения при экспертизе психопатий связаны преимущественно с диагностикой, поскольку психопатии по клиническим проявлениям бывают сходны с некоторыми прогредиентными психическими заболеваниями и чаще всего с шизофренией.

Особенно труден дифференциальный диагноз между паранойяльной формой шизофрении и психопатией с фантастическими измышлениями и паранойяльными проявлениями. Следует учитывать, что паранойяльные проявления у психопатов носят обычно однотипный, непрогредиентный характер на протяжении ряда лет, не оказывая значительного влияния на поведение и адаптацию.

Большинство невменяемых психопатов подлежит принудительному содержанию и лечению в психиатрических больницах, а некоторые из них (наиболее асоциальные) — в психиатрических больницах специализированного типа. Возбудимые и паранойяльные психопаты также нуждаются в принудительном лечении. Некоторые астенические психопаты могут находиться под наблюдением семьи и психиатра, так как в силу их инертности, снижения активности и чувства собственной неполноценности они не представляют общественной опасности.

Психопаты содержаться в учреждениях уголовно-исполнительной системы на общих основаниях, наравне с остальными осужденными, но с обязательным наблюдением и лечением психиатра. Медицинское обслуживание психопатов не должно отличаться от общих принципов и форм обслуживания других лиц, отбывающих наказание в исправительных учреждениях. Основная задача в отношении психопатов такая же, как и в отношении остальных осужденных. Она сводится к перевоспитанию на основе приобщения к общественно полезному труду и возвращению к честной трудовой жизни. Если же у психопатов в местах лишения свободы возникает реактивное состояние или явления декомпенсации, к которым они склонны, то психопаты могут быть направлены в психиатрическую больницу исправительного учреждения вплоть до выхода из болезненного состояния.

Как правило, психопаты могут быть допрашиваемы в качестве свидетелей и давать показания. Некоторые затруднения представляют иногда показания паранойяльных психопатов и психопатов-истериков (фантазеров). Наличие указанных психопатологических особенностей в большинстве случаев все же не может явиться основанием для лишения таких лиц права давать показания. Некоторые затруднения возникают также при оговорах и самооговорах психопатов. Необходимость в судебно-психиатрической экспертизе возникает тогда, когда в глаза бросается неправдоподобность, нереальность, фантастичность и явно болезненная трактовка психопатом излагаемых фактов.

Психопаты даже при ярко выраженных психопатических проявлениях не лишаются дееспособности. Психопаты паранойяльной формы иногда признаются недееспособными.

Психопаты-истерики часто предпринимают покушения на самоубийство, которые носят показной характер, со свойственной им позой и рисовкой. Истерики редко доводят попытку до конца, большей частью неоднократно принимаются за нее с открытым приготовлением и разглашением намерения, бравируют угрозами, наслаждаясь эффектом, или, напротив, стремятся вызвать сочувствие и сострадание окружающих. В отдельных случаях психопаты наносят себе тяжелые повреждения не с целью демонстрации, а с явным намерением окончить жизнь самоубийством.

**21. Временные психические расстройства**

**21.1 Понятие временных психических расстройств**

Распространенность временных психических расстройств составляет около 2—3 % от общего числа лиц, признанных невменяемыми. Такие заболевания могут возникать у практически здоровых людей, но чаще у перенесших в прошлом черепно-мозговую травму или какое-либо заболевание головного мозга, страдающих энцефалопатиями различного происхождения (последствия инфекции, интоксикации и др.), психопатическим складом характера или различными невропатическими нарушениями.

Общим для этой особой группы расстройств является внезапное начало, непродолжительное течение, обязательное присутствие расстроенного (преимущественно сумеречного) сознания, двигательное возбуждение или заторможенность, обратимость психотической симптоматики с последующей полной или частичной амнезией.

К временным психическим расстройствам относят так называемые исключительные и реактивные состояния.

**21.2 Исключительные состояния**

Данные психические расстройства представляют собой различную по клиническим формам, синдромам и симптомам группу кратковременных нарушений психической деятельности. По характеру возникновения и течения они сходны между собой: начинаются и заканчиваются внезапно, протекают на фоне измененного сумеречного помрачения сознания, сопровождаются бурным двигательным возбуждением и агрессией. В таких состояниях больные недоступны контакту. Исключительные состояния длятся непродолжительное время (чаще минуты, реже — часы), после чего наступает истощение физических и психических сил ("прострация"), сон с последующим восстановлением психического здоровья. Наблюдается полная или частичная амнезию происшедшего.

К исключительным состояниям относят: патологическое опьянение, сумеречные состояния сознания, патологическое просоночное состояние, патологический аффект, реакцию "короткого замыкания".

Возникновению исключительных состояний способствуют разнообразные внешние, временно действующие, истощающие факторы, к которым относятся длительные психическое и физическое перенапряжение и переутомление, хроническое недомогание, неуверенность, страх, боязнь ответственности, недоедание, астенизирующее влияние вялопротекающих соматических и инфекционных заболеваний, переохлаждение или перегревание организма и другие. Сочетание действия такого фактора с имеющейся легкой "психической неполноценностью" создает условия для возникновения исключительных состояний. Так, патологическое опьянение чаще констатируют у лиц, перенесших черепно-мозговые травмы или заболевания головного мозга, при воздействии вышеперечисленных дополнительных факторов, патологический аффект и реакцию "короткого замыкания" чаще выявляют у психопатических личностей или у лиц с невротическими расстройствами под влиянием острой психогенно обусловленной травмы.

Патологическое опьянение встречается чаще других исключительных состояний. При этой болезненной форме диагностика затруднена и клиническая картина (симптоматика и течение) восстанавливается ретроспективно по материалам уголовного дела, показаниям очевидцев и прежде всего по установлению факта помрачения сознания. При его констатации подэкспертный признается невменяемым.

***Сумеречные состояния сознания*** (не являющиеся симптомами какого-либо хронического психического заболевания) — встречаются нередко, проявляясь частичной или полной отрешенностью от окружающего, различной степенью дезориентировки в месте, времени и ситуации, нарушением мышления с частичной или полной невозможностью правильных суждений и запамятованием происшедших событий. В таких острых случаях отмечают развитие галлюцинаций, бреда, аффекта злобы, тоски, страха, неистового возбуждения, склонность к жестоким агрессивным действиям или, наоборот — внешне упорядоченное поведение, с развитием амнезии на происшедшие события. При установлении сумеречного состояния сознания как самостоятельной формы кратковременных психических расстройств испытуемый признается невменяемым в отношении совершенных им общественно опасных деяний.

***Патологическое просоночное состояние*** проявляется в нарушении сознания в период болезненного пробуждения от глубокого физиологического сна, который сопровождается яркими (часто кошмарными) сновидениями, когда и может быть совершено общественно опасное деяние. Механизм болезненного просоночного состояния сводится к тому, что пробуждение от глубокого сна наступает медленно и от сонного торможения раньше освобождается двигательная сфера. Поэтому такой субъект может передвигаться и совершать ряд моторных актов, в том числе и агрессивные действия, в то время как сознание продолжает оставаться еще неясным. Часто в просоночном состоянии сновидения переплетаются с реальностью, окружающее воспринимается неправильно, искаженно, как продолжение сна. При этом поведение носит неосмысленный характер, возможны кратковременные бредовые эпизоды. Такими лицами насильственные действия могут быть совершены не только в состоянии неполного пробуждения, когда наполовину проснувшийся приобрел уже способность двигаться и действовать, а сознание еще не прояснилось, но и в период засыпания при наличии мучительного желания сна и невозможности удовлетворить его. При установлении патологического просоночного состояния испытуемые признаются судом невменяемыми в отношении инкриминируемых правонарушений.

**Патологический аффект**. При этом болезненном состоянии констатируют воздействие внезапной и интенсивной психической травмы с появлением трех (условных) фаз: подготовительной, взрыва и заключительной. В подготовительной фазе под влиянием психической травмы (тяжелая обида, неожиданное оскорбление, потрясающее известие и т. д.) происходит резкое нарастание аффективной напряженности с концентрацией всех представлений только на психогенно обусловленном раздражителе. В этот момент способность критически оценивать и осознавать происходящее и собственное состояние глубоко нарушается, а то и просто невозможна. В фазе взрыва возникший напряженный аффект негодования, гнева или исступления сочетается с глубоким помрачением сознания и неистовым двигательным возбуждением, которое носит автоматический и бесцельный или агрессивный характер, возникают вегетативные нарушения (побледнение или покраснение лица, изменение ритма дыхания, сердцебиения и т. д.). В заключительной фазе наблюдается истощение физических и психических сил, что влечет состояние прострации (с безучастием и безразличием к окружающим и содеянному) или сон. Воспоминания о происшедшем обычно не сохраняются или частичны.

При судебно-психиатрической экспертизе довольно часто возникает необходимость дифференцировать патологический аффект от аффекта физиологического. Для последнего нетипичным является его развитие с последовательной сменой вышеуказанных фаз, отсутствует помрачение сознания, а также то, что разрешение последнего не завершается прострацией или сном.

Реакция "короткого замыкания" возникает в результате длительно существующего, интенсивного напряжения в форме тоски или отчаяния, нередко сочетающегося с тревожным ожиданием. При этом состоянии в сознании такого лица доминируют представления, связанные с господствующим аффектом. Совершение противоправного деяния, которое до этого не предполагалось, определяется мгновенно сложившейся, зачастую случайной ситуацией. Клиническая картина данного психического расстройства определяется нарушенным сознанием с автоматическими действиями или выраженными, не соответствующими поводу, аффективными нарушениями с импульсивными поступками, приводящими к совершению опасных действий, в виде агрессии, аутоагрессии и суицида. Реакция "короткого замыкания" заканчивается либо психофизиологическим истощением (типа прострации), либо сном. Воспоминаний о совершенном деянии у испытуемых может не быть или они фрагментарны. При установлении у подэкспертных реакции "короткого замыкания" они признаются невменяемыми в отношении совершенных ими общественно опасных деяний. В настоящее время эта форма поглощена понятием патологический аффект.

**Судебно-психиатрическая оценка**. Диагностика и судебно-психиатрическая оценка исключительных состояний всегда вызывает значительные затруднения, так как они не бывают предметом непосредственного врачебного наблюдения. Клиническую картину этих болезненных состояний приходится восстанавливать ретроспективно, в ряде случаев через значительные промежутки времени и только по материалам уголовного дела, которые часто оказываются недостаточными и неполными. Основное внимание уделяют определению наличия у подозреваемого или обвиняемого в период инкриминируемого деяния помраченного сознания. Показания свидетелей могут способствовать выявлению у такого лица дезориентировки, особенностей высказываний, характера поступков (наличие стереотипных действий), внешнего облика подэкспертного в это время, его поведения в момент окончания ситуации (возникновение прострации, сна). Лиц с дигностированными формами исключительного состояния признают невменяемыми.

**21.3 Реактивные состояния**

**Реактивными состояниями** называют временные, обратимые нарушения психической деятельности, которые возникают под влиянием экзогенных, психогенных расстройств, субъективно тяжело психически переживаемых, но носящих функциональный характер. То есть они не сопровождаются органическими изменениями вещества головного мозга, а выражаются только в расстройстве его функций. В клинической картине реактивные состояния являются переходящими, так как после устранения травмирующей ситуации и смягчения тяжести переживаний психическое здоровье обычно полностью восстанавливается. Экспериментально доказано (И. П. Павлов, 1954—1957), что нервные клетки коры мозга имеют определенный предел работоспособности. При воздействии раздражителей, по силе превышающих работоспособность нервных клеток, наступает запредельное торможение. Оно выражается в отказе клеток головного мозга в таких условиях выполнять свои функции. Не будь такого торможения, сверхсильное раздражение и непосильная нагрузка на нервные клетки привели бы к полному их истощению.

Развиваясь на основе одного и того же патофизиологического механизма (срыва высшей нервной деятельности), реактивные состояния проявляются в разных клинических картинах и составляют две основные подгруппы: неврозы и реактивные психозы. Причем основным клиническим признаком второй подгруппы является продуктивная (обратимая) психотическая симптоматика, которая отсутствует при неврозах. При неврозах не бывает бреда, галлюцинаций, нарушенного сознания, имеется критическое отношение к болезни. Важной особенностью неврозов является сохранность интеллекта и важнейших психологических характеристик личности, а также обратимость патологической симптоматики. К неврозам относятся неврастении, невроз навязчивых состояний и истерический невроз.

**Неврастения —** распространенное заболевание, возникающее при умственном или физическом переутомлении, недостатке сна, длительном психическом напряжении и травмирующей ситуации. Она выражается обычно в аффективной раздражительности, эмоциональной неустойчивости, упадке работоспособности, головных болях, головокружениях, бессоннице.

Неврастения развивается незаметно и течет длительно. Вначале появляется повышенная возбудимость и лабильность нервной системы, а в последующем — повышенная истощаемость, утомляемость ("раздражительная слабость"), неспособность сосредоточиться на выполняемой работе, нарушение концентрации внимания, непереносимость обычных раздражителей (звук, свет). Настроение у таких лиц, как правило, понижено, вплоть до развития депрессии. Лица, страдающие неврастенией, часто обращаются к врачам с разнообразными жалобами на неприятные ощущения, боли в области сердца, другие вегетативные нарушения.

Следует учитывать, что некоторые психические заболевания (например, прогрессивный паралич, инволюционные изменения и др.) начинаются с подобной неврастенической симптоматики. Неврастения никогда не сопровождается психотической (острой) симптоматикой и нарушением критических способностей. При судебно-психиатрической оценке инкриминируемых действий лицо, страдающее неврастенией, признается вменяемым.

**Невроз** навязчивых состояний характеризуется явлениями навязчивости, навязчивыми идеями, страхами (фобиями), боязнью высоты, острых предметов (ножей, бритв, вилок, иголок), возможностью заразиться какой-либо болезнью, навязчивым счетом (ступеней лестницы, числом этажей здания и т. п.), навязчивым мудрствованием ("умственной жвачкой"), навязчивым воспоминанием забытых имен, терминов, дат, формулировок и т. д.

Навязчивые мысли, влечения, сомнения, воспоминания, страхи и представления иногда переходят в навязчивые действия, т. е. совершаемые против желания или при полном осознании их нелепости, несмотря на все прилагаемые усилия, чтобы удержаться от них. Они могут носить характер экзотических, вычурных ритуалов (заклинаний), направленных на предотвращение несчастья, несмотря на критическое к ним отношение.

При навязчивости в легкой степени болезненные симптомы могут быть подавлены больным. Так, если появляется навязчивое желание совершить опасное действие или неэтичный поступок, то после длительной внутренней борьбы подобное желание обычно все же остается нереализованным. К навязчивым состояниям такие лица относятся критически, понимая их несуразность и свою ответственность. При тяжелых степенях навязчивых проявлений такие лица стесняются своих поступков из-за возможности их реализации и становятся почти неработоспособными.

Явления навязчивости наблюдаются не только при неврозе, но и у психастенических психопатов. В практике судебно-психиатрической экспертизы невроз навязчивых состояний (в силу критического отношения и борьбы с навязчивостью) практически не встречается.

**Истерический невроз** проявляется в разнообразной и пестрой симптоматике, включающей истерические припадки, истерические параличи, нарушения чувствительности, временную потерю речи, вегетативные нарушения и другие явления (спазм мускулатуры гортани — истерический "комок в горле", ощущение нехватки воздуха, сердцебиение), которые возникают в условиях психотравмирующих ситуаций. Они отличаются от психопатий временным и менее устойчивым характером, а от реактивных психозов — меньшей глубиной. В судебно-психиатрической практике истерические неврозы могут протекать с элементами аггравации (преувеличения психопатической симптоматики).

Клиническая картина неврозов формируется медленно и хотя неврозы носят большей частью длительный характер, но все же не приводят к психозам. Таких психотических симптомов, как галлюцинации, бред, помрачение сознания и слабоумие, при неврозах не наблюдается. У больных полностью сохраняется критическое отношение к окружающему и своему заболеванию.

Судебно-психиатрическое значение. Невроз, выраженный в любой степени, не влечет невменяемости, не лишает способности быть свидетелем, давать показания и не является основанием для досрочного освобождения от наказания из учреждений уголовно-исполнительной системы.

**Реактивные психозы**

Реактивный психоз может наступить у любого человека при большой силе психической травмы, воздействие которой зависит от состояния нервной системы и типа высшей нервной деятельности. Легче и чаще всего психогенные (реактивные) психозы возникают у лиц с неполноценной или ослабленной нервной системой, психопатов, перенесших черепно-мозговую травму, в пубертатный период, у пожилых, олигофренов с неглубоким слабоумием.

Реактивные психозы по клинической картине, характеру и длительности течения делят на острые шоковые, подострые и затяжные.

Острые шоковые реактивные психозы возникают под влиянием очень сильной психогенной травмы (при тяжелом потрясении, связанном с неожиданным известием, арестом, объявлением приговора и т. п.) или в результате возникшего испуга и страха в связи с прямой угрозой жизни, при стихийных бедствиях и катастрофах.

Проявляются шоковые состояния в одних случаях во внезапно наступившем состоянии неподвижности, оцепенении, своеобразном "параличе чувств" и "остановке" всех психических проявлений. Человек в этот момент не в состоянии произнести ни слова, хотя окружающее воспринимает правильно. Это так называемая гипокинетическая форма, обусловленная психогенной психомоторной заторможенностью. Она сопровождаются вегетативными нарушениями и глубоким помрачением сознания (по типу сноподобной оглушенноети) с последующей амнезией.

В других случаях внезапно возникшее шоковое реактивное состояние проявляется в бурном двигательном возбуждении, бессмысленных непрерывных хаотических действиях, безотчетном метании из стороны в сторону, беспокойстве, дезориентировке, нечленораздельных выкриках — гиперкинетическая форма, обусловленная психогенным психомоторным возбуждением, которое сопровождается вегетативными нарушениями и расстройствами (побледнением или покраснением, обильным потоотделением, частым сердцебиением и дыханием, расстройством сознания). Обычно воспоминания о происшедшем не сохраняются.

К гиперкинетической форме шоковых реакций следует отнести также острые психозы страха. В этих случаях при психомоторном возбуждении ведущим симптомом является панический, безудержный страх, который отражается в мимике, движениях и руководит поведением таких лиц. Иногда психомоторное возбуждение сменяется психомоторной заторможенностью, когда люди застывают в позе, выражающей ужас и отчаяние. Эти острые реакции продолжаются от нескольких часов до нескольких дней и сопровождаются последующей амнезией.

Некоторое сходство с реакцией шокового характера имеет аффективный взрыв. Под последним, как уже указывалось, понимается кратковременное болезненное состояние, возникающее психогенным путем в результате тяжелых сильных "страстей", волнений, особенно гнева, неожиданного оскорбления, унижения.

Подострые реактивные психозы возникают не внезапно и не сразу после психической травмы (как при реакции шокового характера и аффекте), а в результате длительных переживаний и напряженной, мучительной психологической переработки в мыслях травмирующей ситуации. Причинами переживаний могут быть возбуждение уголовного дела, арест, содержание под стражей, изменение режима в местах отбывания наказания, отказ в помиловании, неприятные вести. Такие реактивные состояния носят неглубокий, нестойкий характер и быстро проходят. В некоторых случаях они достигают глубокой степени, вплоть до психоза и тянутся длительное время (от 2—3 до 8—12 недель). Разновидностью подострых реактивных психозов могут быть психогенная реактивная депрессия, психогенный реактивный ступор, психогенная реакция истерического характера. Психогенная реактивная депрессия — частая форма, возникающая в ответ не только на психические, но и на соматические вредности. Она характеризуется угнетенным настроением, вплоть до подавленности и глубокой тоски, психической и физической заторможенностью. У больных, находящихся в депрессии, сознание не нарушено, выражение лица скорбное и страдальческое, речь тихая, с большими паузами, все рисуется в мрачных, безнадежных тонах, мысли сосредоточены на травмирующих событиях. Поведение сопровождается растерянностью и тревогой. Они громко плачут, плохо спят, отказываются от еды. Некоторые из них в таком состоянии сидят неподвижно или лежат в постели, не проявляя инициативы. Возможно появление нестойкого депрессивно-параноидного синдрома с бредовыми идеями преследования.

**Психогенная депрессия** может даже сопровождаться зрительными и слуховыми представлениями, приближающимися по яркости к галлюцинациям. Содержание переживаний отображает ситуацию, в которой находятся такие лица. При данном виде депрессии нередко констатируют ипохондрическую симптоматику. В картине психогенной депрессии часто выступают и истерические явления.

Обычно психогенная депрессия со временем проходит, психическое здоровье полностью восстанавливается, и только у отдельных лиц преклонного возраста, а также при наличии физического истощения она принимает затяжное течение и глубокий характер.

Психогенная депрессия возникает главным образом после совершения преступления, во время отбывания наказания. Она крайне редко предшествует правонарушению, и также редко преступление совершается в депрессивном состоянии.

**Психогенный реактивный ступор** внешне может быть сходен со ступором при других заболеваниях, в частности, с кататоническим ступором при шизофрении. Больные в состоянии реактивного ступора неподвижны, все время находятся в одной и той же застывшей позе, не разговаривают и не отвечают на вопросы, а если и разговаривают, то мало, речь их однообразна. Они упорно отказываются от еды и лекарств. Мимика лица выражает страх, глаза широко раскрыты. От малейшего прикосновения вздрагивают, как от электрического тока. При напоминании о фактах, с которым связаны тяжелые переживания, у лиц с реактивным ступором появляется ряд вазомоторных изменений: покраснение лица, обильный пот, учащение пульса. В таком состоянии сознание расстраивается, становится неясным, суженным. При отказе от пищи, даже при регулярном искусственном кормлении, у ступорозных больных иногда наступает физическое истощение, что в свою очередь может значительно утяжелить их психическое состояние, а при появлении сердечной недостаточности не исключается смертельный исход.

Психогенный ступор является преходящим и заканчивается выздоровлением. Только в отдельных случаях он принимает затяжное течение и тогда больной нуждается в длительном лечении в психиатрической больнице. Иногда после выхода из реактивного ступора эти лица уже сознательно продолжают вести себя так, как в состоянии ступора. Вся болезненная симптоматика в этот период, которую они так пытаются продлить, носит уже искусственный, симулятивный характер.

Психогенная реакция истерического характера проявляется самовнушением, "бегством в болезнь" и целевыми установками, которые выражаются в желании лица быть больным, чтобы избежать предстоящей ответственности за совершенные проступки, добиться некоторых льгот, облегчить себе режим отбывания наказания, попасть в больницу уголовно-исполнительной системы.

**Истерические реакции** наблюдаются не только у психопатов-истериков, но и у психически здоровых людей в условиях тяжелых переживаний. Всякого рода соматические нарушения, сопутствующие истерической реакции, обычно не имеют под собой органической основы. Такого рода проявления нередко имеют психологическое содержание: паралич ног отражает нежелание ходить (передвигаться), истерическая глухонемота — нежелание общаться и контактировать с окружающими. Такого рода нарушения обычно бесследно проходят после устранения вызвавшей их причины или после того, как человек внутренне примирился с создавшимся положением. При неблагоприятных условиях нарушения могут возобновляться по уже известному образцу.

Реактивное состояние истерического типа выражается также в истерических припадках, при которых сознание помрачается не полностью. Нередко больной с истерическим расстройством сознания как бы "выключается" из реальной действительности и живет в мнимой ситуации. В таких случаях говорят об истерических психозах. При затяжном течении, наблюдается уменьшение истерической симптоматики, особенно при физическом истощении.

**Реактивные состояния истерического типа** в отдельных случаях проявляются в некоторых своеобразных психопатологических синдромах, среди которых выделяются псевдодеменция и пуэрилизм.

**Синдром псевдодеменции** (ложное слабоумие) выражается в том, что больной, на фоне некоторого сужения сознания, ведет себя как бы нарочито нелепо. Он "не знает" своего имени, не может сказать, сколько ему лет, где находится, какое сейчас время года. На элементарные вопросы дает неправильные ответы, считает с ошибками. При этом всегда создается впечатление, что больной все же понимает смысл вопроса и строит свой ответ в его русле. Внешне псевдодеменция напоминает симулятивное поведение, но отличается от последнего тем, что псевдодеменция протекает при несколько измененном сознании и как бы не продуцируется сознательными волевыми усилиями, в то время как симуляция — без нарушения сознания и всегда является результатом продуманных действий.

В одних случаях псевдодеменция протекает с психомоторной расторможенностью и дурашливостью, театральностью и искусственностью. Больные беспричинно смеются, таращат глаза, у них глупое выражение лица. В других она сопровождается подавленным настроением, тоскливостью, депрессией.

**Псевдодеменция —** состояние кратковременное (несколько дней, недель) и в дальнейшем обычно заканчивается выздоровлением или же переходит в депрессию, ступор, а иногда в симуляцию. В крайне редких случаях псевдодеменция принимает затяжное течение, и больной как бы "деградирует" и "дичает", становится неряшливым.

Близко к синдрому псевдодеменции стоит так называемый ганзеровский синдром (название по фамилии Ганзера, 1898 г.). При рассматриваемом синдроме наблюдается сумеречное суженное сознание, потеря элементарных знаний, растерянность, тревога, страх, неправильные ответы, возможны зрительные галлюцинации.

**Пуэрилизм** — это также истерическая реакция, сопровождающаяся чертами детского поведения. Такое лицо как бы возвращается в детство, говорит на ломаном, сюсюкающем языке с детскими интонациями, капризничает, кривляется, ходит мелкими шажками, держит во рту палец, хихикает, говорит, что он еще маленький, делает куклы и играет с ними, по-детски плачет, когда игрушки отбирают. Пуэрилизм часто сочетается с псевдодементным поведением. Длится он, как правило, недолго и заканчивается исчезновением признаков клинической картины.

В судебно-психиатрической практике, в редких случаях встречаются реактивные состояния в форме реактивного галлюциноза, реактивного параноида и бредоподобных фантазий. Психогенный (реактивный) галлюциноз выражается в появлении слуховых и зрительных галлюцинаций. Наряду с галлюцинациями наблюдаются и бредовые идеи. Все это протекает на фоне страха и тревоги. Больной слышит разные голоса знакомых и незнакомых ему лиц, плач своих детей, иногда ему кажется, что его называют по имени, слышит шум и взрывы, угрозы, будто он будет убит. Иногда больной слышит как бы по радио решение суда о своем помиловании. Нередко слуховые галлюцинации переплетаются со зрительными.

В возникновении реактивного галлюциноза играет роль ситуация изоляции и отсутствие первичных (бытовых) раздражителей. Содержание галлюцинаций всегда отражает ситуацию, но в поведении больных отсутствуют элементы театральности и игры, свойственные истерическим реакциям. Развивается реактивный галлюциноз медленно.

**Психогенный (реактивный) параноид** обычно выражается в бредовых идеях преследования и отношения, возникает на фоне суженного сознания и резко выраженного страха и тревоги.

Следует иметь в виду, что реактивный параноид встречается и в качестве самостоятельной формы, а также в виде включений при ступоре, псевдодеменции и других реактивных состояниях.

**Клиническая картина** реактивного параноида складывается из внутренней растерянности и тревоги, депрессивного фона и суженного сознания на определенном комплексе переживаний. При этом больные беспрерывно слышат звон ключей, команду, крики, шаги, плач жены, детей, сообщения о помиловании. Они растеряны, не знают, где находятся, не понимают, что происходит вокруг, беспомощны, отказываются от пищи и лекарств, просят пощадить их и не убивать, отпустить домой. Отмечаются бредовые идеи, чаще бред преследования.

**К реактивному параноиду** относят и так называемый "железнодорожный параноид", возникающий в условиях длительных железнодорожных путешествий и сутолоки, порождающих всякого рода опасения. Возникает он сразу, развивается бурно и быстро проходит. Иногда в таком состоянии больные совершают общественно опасные действия. Реактивный параноид довольно часто возникает также у военнопленных или просто эмигрантов, находящихся в тяжелых условиях — среди людей, говорящих на непонятном для них языке. По указанным же причинам может возникнуть и бред у лиц с пониженным слухом ("бред тугоухих"), у которых присущая им подозрительность иногда переходит в уверенность, что окружающие смеются над ними, договариваются об убийстве, отравлении.

**Реактивный параноид** нередко имеет большое сходство с шизофренией, и поэтому отграничивать одно заболевание от другого в отдельных случаях трудно. Психогенно обусловленные бредоподобные фантазии характеризуются наличием в основном у истерических личностей в "экстремальных" условиях фантастических идей разнообразного содержания. Такие лица говорят о силе, могуществе, богатстве, о своей особой значимости и ценности для общества и государства. Упорно трудятся над сочинением "философских" и "научных трактатов" наивного и фантастического содержания, над описанием изобретений. Считают, что своими "открытиями" совершают переворот в науке и их гениальность оценят только потомки. От истинных бредовых идей бредоподобные фантазии отличаются тем, что последние возникают легко, изменчивы и не сопровождаются той уверенностью в их правдоподобности, как это бывает при истинном бреде.

**Перечисленные формы** реактивных психозов редко встречаются изолированно. Как правило, одна форма переплетается с другой или одна переходит в другую.

**Судебно-психиатрическая оценка**. В случаях когда правонарушение совершено в состоянии реактивного психоза, экспертам-психиатрам необходимо установить его глубину. Если оно было настолько глубоким, что правонарушитель не мог осознавать фактический характер своих действий и его общественную опасность в этот период, отдавать отчет в своем поведении и руководить им, обвиняемый признается в отношении данного общественно опасного деяния невменяемым. Психическое состояние таких лиц подпадает под понятие временного психического расстройства, упоминаемого в ст. 21 УК РФ. Трудности в судебно-психиатрической практике могут возникать в отношении лиц, у которых реактивное состояние принимает глубокий и слишком затяжной характер. В отдельных редких случаях такие состояния достигают степени тяжелой неизлечимой болезни, особенно если у больного появляются необратимые изменения в соматической сфере. В случаях когда реактивный психоз появляется после совершения преступления, разрешение вопроса о вменяемости не вызывает затруднений. Поскольку оно совершено не в болезненном состоянии, то в отношении данного преступления такое лицо признается вменяемым, но на время реактивного состояния обвиняемый может нуждаться в лечении в психиатрическом учреждении. Эксперты-психиатры и суды в отношении таких лиц руководствуются ст. 97 УК РФ о необходимости назначения принудительных мер медицинского характера. Судебно-следственные действия на период болезни приостанавливаются, а после выхода из реактивного состояния возобновляются. После выздоровления такие лица могут подлежать наказанию за преступления, совершенные до заболевания.

При судебно-психиатрической экспертизе по поводу реактивных состояний, возникающих у осужденных, отпадает необходимость давать заключение по вопросу о вменяемости; у большинства лиц, находящихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы, возникает необходимость в переводе больного для лечения в психиатрическую больницу.

**При судебно-психиатрической оценке** реактивных состояний, возникающих после преступления, необходимо отграничивать их от психических заболеваний эндогенного характера, в частности шизофрении, в связи с тем, что последняя иногда начинается картиной реактивного состояния. Лица, обнаруживающие глубокое реактивное состояние любой формы, естественно, не могут принимать участия в суде в качестве свидетелей и давать показания.

**Сложным** является вопрос об участии в суде потерпевших, пребывающих в реактивном состоянии. Вопрос об использовании их показаний в качестве судебных доказательств в каждом отдельном случае разрешает суд с участием экспертов-психиатров.

Следует иметь в виду возможность самооговоров при реактивных состояниях, особенно в состоянии психогенной депрессии. Больной может оговорить себя, преувеличить вину и даже приписать себе преступление, которое он не совершал. В гражданском процессе реактивные состояния в легкой и умеренной степени не лишают больных способности правильно учитывать окружающую обстановку и разумно вести свои дела. Глубокие реактивные состояния все же являются временным психическим расстройством. Отсюда следует, что всякого рода акты гражданского состояния и обязательства, оформленные и взятые до заболевания, не теряют законной силы. В отдельных случаях действие таких договоров и обязательств на время болезни приостанавливается. При решении вопроса о дееспособности судебно-психиатрические эксперты исходят из оценки психического состояния подэкспертных в период совершения гражданско-правового акта (сделки, завещания, дарственной записи, вступления в брак). Наличие реактивного психоза в это время позволяет говорить о недействительности данного конкретного акта.

**Список литературы**

1. Уголовный кодекс Российской Федерации. Принята 13 июня 1996 г. // Собрание законодательства РФ. 1996. № 25. Ст. 2954.

2. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. // Ведомости Верховного Совета РФ. 1993. № 33. Ст. 318.

3. Закон РФ от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ "О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации" (с изм. от 30 декабря 2001 г.) // Собрание законодательства РФ. 2001. № 23. Ст. 2291.

4. Гравина А. А., Кашепов В. П., Маргулова И. Л. и др. Комментарии к уголовному кодексу РФ. М., 1996. С. 286.

5. Комментарий к Уголовно-процессуальному кодексу Российской Федерации (под ред. Д. Н. Козака, Е. Б. Мизулиной) М.: Юристъ, 2002.

6. Постатейный Комментарий к Уголовному кодексу РФ 1996 г. (под ред. Наумова А. В.). М.: Гардарика", Фонд "Правовая культура" 1996.

7. Азаров А. В., Захаров И. А., Фадеев О. В., Косолапова Н. В., Никульникова О. В., Жилинская Е. В., Жиляева Е. П. Права застрахованных и юридические основы их обеспечения: Учеб. метод. реком. / СГМУ. Саратов: Изд. СГМУ, 1998. С. 116.

8. Алкоголизм: Руководство для врачей // Под ред. Г. В. Морозова. М., 1983. С. 430.

9. Антонян Ю. М., Бородин С. В. Преступность и психические аномалии. М., 1987. 207.с.

10. Бабаян Э. А., Гонопольский М. Х. Учебное пособие по наркологии. М: Медицина, 1981. С. 304.

11. Доброгаева М. С. Кратковременные расстройства психической деятельности (исключительные состояния) в судебно-психиатрической практике: Автореф. дис. ... докг. мед. наук. М., 1989. С. 44.

12. Жариков Н. М., Морозов Г. В., Хритинин Д. Ф. Судебная психиатрия: Учебник для вузов. М.: ИНФРА-М — НОРМА, 1997.С. 432.

13. Илешева Р. Г., Измайлова Н. Т. Общественно опасные действия больных шизофренией, осложненной интоксикацией гашишем // Профилактика общественно опасных действий психически больных. Калуга, 1988. С. 33—34.

14. Канторович Н. В. Очерки о здоровой и больной психике. М., 1965. С. 164.

15. Морозов Г. В., Качаев А. К. Дифференциальная диагностика простого и патологического опьянения: Методические рекомендации. М., 1979. С. 31.

16. Наркотическое и алкогольное опьянение: Пособие для врачей. М.: 1998. С. 176.

17. Никульникова О.В. Государственное управление здравоохранением в России: Учеб. пособие/ Поволж. Кооп. Ин-т Центросоюза РФ. Энгельс: Региональный инф.-изд. Центр ПКИ, 2001. С. 80.

18. Осипов В. П. Курс общего учения о душевных болезнях. Берлин, 1923. С. 737.

19. Пятницкая И. Н. Клиническая наркология. Л., 1975. С. 332.

20. Руководство по психиатрии // Под ред. Г. В. Морозова. В 2-х т. Т. 1. М.: Медицина, 1988. С. 640.

21. Степанова Т.А. Основы права: Учеб. пособие. М.: Финансы и статистика, 2000. С. 208.

22. Судебная психиатрия: Курс лекций. М.: Юристъ, 1998. С. 408.