<https://superinf.ru/view_helpstud.php?id=268>

# Основные формы нарушений психической деятельности и их судебно-психиатрическая оценка

**СОДЕРЖАНИЕ**

1. Причины психических заболеваний  
2. Симптомы и симптомокомплексы психических заболеваний  
3. Основные синдромы психических заболеваний  
4. Неврозы  
5. Реактивные психозы  
6. Психопатии  
7. Эпилепсия  
8. Психические расстройства при травмах головного мозга  
9. Олигофрении  
10. Психические расстройства в старческом возрасте  
11. Шизофрения  
12. Острые и транзиторные психотические расстройства  
13. Маниакально-депрессивный психоз

**1. ПРИЧИНЫ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**Психические заболевания**- это результат сложных нарушений различных систем организма, проявляющихся в изменении психики человека. Однако причины психических заболеваний могут быть связаны с разнообразными патологическими процессами в органах и тканях, от генетических нарушений до травматических повреждений головного мозга, а потому они весьма многообразны.

**Патологическая наследственность** имеет большое значение в возникновении многих психических болезней. Вместе с тем прямая передача потомкам признаков психических болезней встречается относительно редко. Вместе с тем ярким примером такой прямой наследственной передачи патологических признаков, связанных с дефектом определенных генов, является олигофрения (слабоумие). Риск заболевания потомков возрастает по признаку близости родства, а также наличия дефектных генов не у одного, а у обоих родителей. Возможность передачи дефектных генетических признаков детям возрастает и тогда, когда родители злоупотребляют алкоголем, наркотиками, когда они подвергаются воздействию производственных вредностей. Особенно опасно употребление алкоголя и наркотиков женщиной во время беременности, так как риск рождения умственно отсталых детей в таких случаях достаточно высок.

**Острые и хронические отравления и инфекционные болезни** нередко могут стать причиной различных психозов. Психические расстройства возникают и при употреблении различных наркотиков (морфий, гашиш, ЛСД). Расстройства психики развиваются и при хроническом отравлении промышленными ядами, а также лекарствами. Разнообразные психозы и психические заболевания могут развиваться при ряде инфекционных болезней, особенно связанных с непосредственным поражением головного мозга и его оболочек (энцефалит, менингит, сыпной тиф).

**Травматические повреждения** головного мозга - сотрясение, ушиб, ранение, контузии - также могут сопровождаться развитием психических расстройств. При некоторых общих заболеваниях, таких как атеросклероз, развиваются так называемые старческие психозы, связанные с недостаточным снабжением кровью головного мозга и атрофией его ткани. Психические расстройства появляются и после кровоизлияний в мозг при атеросклерозе, гипертонической болезни.

**Психические травмы** нередко обусловливают психические заболевания. Такие травмы могут быть внезапными, острыми и длительными, или хроническими. Острая травма обычно обусловлена угрозой жизни или здоровью человека или его близких. Хроническая психическая травма проявляется в длительном унижении чести и достоинства человека, его социального престижа. Все указанные причины реализуются в определенных условиях. Условиями, способствующими реализации причины психического расстройства, может быть ослабление организма в результате длительного и тяжелого заболевания, недостаточного питания, длительной бессонницы, каких-либо отравлений.

Течение психических заболеваний и психическое состояние больных постоянно меняются. Выраженность и скорость изменения картины болезни имеют большое значение для судебно-психиатрической экспертизы, так как психическое состояние подэкспертного может быть различным в момент правонарушения, в период следствия и во время проведения экспертизы. Учитывая особенности течения болезни, эксперты должны прогнозировать состояние больного в дальнейшем для определения мер медицинского характера по отношению к подсудимому или осужденному. Некоторые психические заболевания развиваются и заканчиваются быстро. Примером могут служить алкогольные психозы, в частности «белая горячка», а также реактивные психозы, возникающие при различных инфекциях с тяжелой интоксикацией организма или появляющиеся в результате острой психической травмы (в связи с предстоящей операцией).

Хроническое течение психического заболевания проходит несколько стадий. Психические болезни прогрессируют медленно или быстро, непрерывно или в виде приступов, но обычно так или иначе формируется дефект психики, часто заканчивающийся слабоумием. Однако, даже если слабоумие не выражено, постепенно происходит изменение личности и характера больного. Вместе с тем трудоспособность и достаточно правильное поведение больного могут сохраняться довольно долго.

При многих психических болезнях имеются периоды улучшения - ремиссии, которые могут длиться от нескольких недель до нескольких лет. Вместе с тем не все психические расстройства неуклонно прогрессируют. Такие заболевания и болезненные нарушения психики, как олигофрения, психопатии, последствия травм головного мозга, не прогрессируют. Для того, чтобы ответить на вопросы следствия или суда, необходимо прежде всего поставить диагноз психического заболевания и определить тяжесть (глубину) психического расстройства. Для этого проводится клиническое обследование больного. Это сугубо медицинский и очень сложный процесс, требующий специальных знаний, которыми обладает врач-психиатр.

**2. СИМПТОМЫ И СИМПТОМОКОМПЛЕКСЫ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Признак патологического состояния или болезни называется **симптомом,**агруппа характерных для определенного заболевания симптомов называется **синдромом.**Психические болезни, так же как и другие заболевания, проявляются в симптомах и синдромах, отражающих в данном случае нарушения процессов мышления, восприятия окружающего и самого себя, воли, влечении, памяти. Симптомы и синдромы психических расстройств специфичны, в том или ином сочетании типичны для многих нарушений психики, поэтому необходимо понимать их сущность.

**Расстройства восприятий**

**Иллюзии** - ошибочное восприятие зрением или слухом реально существующих предметов или явлений. Зрительные иллюзии могут быть простыми по проявлениям и обыденными по содержанию. Например, висящая одежда зрительно воспринимается как фигура человека, печь или скамейка воспринимается как животное и т.п. Зрительные иллюзии обычно появляются при плохом освещении у человека в состоянии тревоги. Сложные, фантастические, образные зрительные иллюзии называются парейдолиями. При этом, например, окружающие предметы воспринимаются как огромные фантастические существа. Рисунки на обоях или изображения на картинах оживают и превращаются в сцены каких-то событий. Парейдолии обычно возникают в состоянии резкой тревоги, страха, а иногда предшествуют помрачению сознания.

Слуховые иллюзии могут быть элементарными, когда в шуме дождя или работающего механизма больной слышит шепот, отдельные звуки воспринимает как выстрелы. При вербальных (словесных) иллюзиях в чужом разговоре больные слышат отдельные слова или целые фразы угрожающего или осуждающего содержания. Вербальные иллюзии обычно возникают на фоне выраженной тревоги, подозрительности. Однако при слуховых иллюзиях всегда имеется реальный раздражитель, который болезненно воспринимается.

**Галлюцинации** - это нарушения восприятия окружающего мира, возникающий без реального предмета или явления. Галлюцинации весьма многочисленны, но их можно разделить на несколько групп.

Зрительные галлюцинации, или видения, могут не иметь какой-то отчетливой формы (искры, вспышки, пятна). Это простые зрительные галлюцинации, или фотопсии. Зрительные галлюцинации могут быть сложными, представлять собой целые сцены или действия, которые больной видит в мельчайших деталях. Галлюцинации могут быть бесцветными или цветными, неподвижными или движущимися, персонажи галлюцинаций могут иметь обычный размер либо быть увеличенными или уменьшенными. Если видения быстро сменяют друг друга, как в кино, их называют кинематографическими. Галлюцинации обычно сопровождаются тревогой, страхом, напряжением, порой яростью, но вместе с тем иногда у больного преобладает любопытство к видениям. Зрительные галлюцинации чаще появляются к вечеру и ночью на фоне помрачения сознания.

Слуховые галлюцинации могут быть элементарными, неречевыми, когда больной слышит простые звуки - шум, звон, выстрелы. Часто у больных в ушах звучат отдельные слова и фразы, обычно больные называют их голосами. «Голоса» могут принадлежать знакомым или незнакомым людям, может быть один голос, два или несколько. «Голоса» могут быть тихими и громкими, приближаться или удаляться и т.д. Содержание слуховых галлюцинаций весьма различно: простой разговор с больным, угрозы, насмешки, утешения, предупреждения. Иногда больные слышат приказания, которым часто не могут противиться. Слуховые галлюцинации не сопровождаются помрачением сознания, поэтому больные реагируют на «голоса» удивлением, страхом, различными поступками: бегством, обороной, нападением, иногда весьма опасным для окружающих.

Обонятельные галлюцинации проявляются в ощущении больным мнимых неприятных или приятных запахов, от которых он не может избавиться (запахи гнили, газов, нечистот, цветов).

Вкусовые галлюцинации возникают во рту вне приема пищи и могут быть приятными или неприятными.

Тактильные (осязательные) галлюцинации - неприятные ощущения, возникающие в коже, под кожей или во внутренних органах (щекотание, ползание, давление).

У больного может быть один вид галлюцинаций или сочетание нескольких их видов. В таком случае говорят о комплексных, или сложных, галлюцинациях.Иногда возникают нарушения психики, занимающие как бы промежуточное положение между иллюзиями и галлюцинациями. В таких случаях говорят о функциональных галлюцинациях. Как иллюзии они связаны с реальным внешним раздражителем и длятся до тех пор, пока действует этот раздражитель. Одновременно у больного появляются те или иные галлюцинации, длящиеся столько же, сколько действует раздражитель. Например, больной, едущий в поезде, реально слышит стук колес и в такт этому стуку слышит «голос»: «глупец, глупец, глупец...» При остановке поезда голос исчезает.

**Сенестопатии** - разнообразные тягостные, иногда мучительные ощущения в различных частях тела, в том числе и во внутренних органах. Больные жалуются на то, что «где-то внутри» или «где-то здесь» жжет, давит, болит, щекочет, «вяжет узлами». Обычно они не могут дать четкого описания своему ощущению и определить его локализацию. Сенестопатии - частый симптом при многих психических заболеваниях.

**Метаморфопсии** - искаженное восприятие величины, формы и расположения реально существующих предметов. Окружающие предметы могут восприниматься как очень маленькие или увеличенные до гигантских размеров, их форма может меняться самым причудливым образом. Также искаженно воспринимается пространство, в результате чего окружающие предметы кажутся либо очень отдаленными, либо угрожающе приближенными.

**Расстройства мышления**

Расстройства мышления в той или иной форме встречаются практически при всех психических заболеваниях. Наиболее часто возникают следующие виды расстройства мыслительного процесса.

Ускорение мышления - легкость появления и сочетания мыслительных ассоциаций (связей), причем мысли весьма поверхностны, незаконченны, быстро сменяют друг друга, речь все время перескакивает с одной темы на другую (так называемая скачка идей).

Замедленное мышление - уменьшение числа мыслительных ассоциаций, мысли возникают с трудом, они очень однообразны и тягостны. Больные говорят, что отупели.

Бессвязное мышление представляет собой обрывки не связанных друг с другом мыслей, выражающихся бессмысленным набором слов.

Обстоятельность мышления - мысль, возникнув однажды, долго не может смениться другой, новые мыслительные ассоциации возникают с трудом. Больной не может выделить главного, постоянно говорит об одних и тех же мелочах, каких-то попутных мыслях, от которых тоже долго не может избавиться.

Резонерское мышление - многословные бесплодные рассуждения вместо ответа на поставленный вопрос, часто вообще не имеющие отношения к теме разговора.

Персеверация мышления - доминирование в сознании больного небольшого количества мыслей, что проявляется в односложных ответах на все вопросы. Например: «Ты едешь в машине?» - «Ладно»; «Где у тебя болит?» - «Ладно»; «Ты поедешь на базар?» - «Ладно».

**Бред** - это ложное суждение без каких-либо оснований. Больной не поддается разубеждению, хотя его суждения противоречат действительности. Выделяют первичный, образный и аффективный бред.

**Первичный бред** - нарушение логики мышления. Болезненному толкованию подвергаются как явления внешнего мира, так и собственные ощущения. Первичный бред очень стоек и имеет тенденцию к прогрессированию. Такой бред имеет волнообразные периоды улучшения и обострения, причем при обострении бреда больной может совершать различные правонарушения. Первичный бред имеет различное содержание, но в судебно-медицинской практике наибольшее значение имеют несколько его разновидностей.

Бред ревности - это убежденность в неверности супруги (супруга). Больной постоянно замечает особенности поведения жены, которые убеждают его в ее измене. Он начинает следить за женой. Требует, чтобы она призналась в супружеской неверности. Бред сопровождается угрозами, нередко жестоким насилием вплоть до убийства близкого человека.

Бред болезни (ипохондрический бред) - непоколебимая уверенность в неизлечимом заболевании. Больной постоянно обращается к врачам, требует обследования. Если больному говорят, что у него нет тяжелого заболевания, он начинает обвинять врачей в незнании, неумении, нежелании ему помочь, пишет жалобы. Наконец, больные нередко совершают насильственные действия против врачей. Разновидностью ипохондрического бреда является бред уродства, когда больной убежден в своем тяжелом физическом недостатке. Обычно он постоянно либо обращается к врачам, либо изобретает собственные методы избавления от уродства.

Бред преследования - уверенность больного в том, что его преследуют, чтобы нанести физический или моральный вред или даже убить. Этим бредом определяется и поведение больного. Иногда больной может быть опасным для постороннего человека, которого считает своим преследователем.

Бред воздействия - убеждение больного в воздействии на его мысли, чувства и поведение с помощью радиоволн, электричества, гипноза или другой внешней силы.

Бред отношения. В окружающих предметах, в одежде и разговорах людей, в их поведении больные видят скрытый смысл, намек, имеющий к ним прямое отношение. Например, сослуживец вчера был в свитере, а сегодня пришел в строгом костюме с темным галстуком - это неспроста, в этом имеется тайный смысл, содержится намек для больного.

Бред изобретательства - убеждение больного в том, что он сделал великое открытие. В связи с этим больной упорно добивается признания и внедрения своего «изобретения», пишет жалобы на «черствых чиновников».

Бред сутяжный содержит непоколебимую идею борьбы за справедливость.

Разновидностями первичного бреда являются также бред величия, бред ущерба, бред отравления, эротический бред.

**Бред образный**. У больного преобладают образные представления, напоминающие по своей непоследовательности картины сна. Эти идеи нельзя доказать, они воспринимаются как данность - «Я знаю, что на работе меня презирают». Поступки больных весьма непоследовательны, импульсивны - больной может внезапно вскочить в уходящий поезд или выскочить на ходу из автобуса, куда-то побежать без какой-либо цели, может внезапно напасть на кого-нибудь. Больные тревожны, у них могут появляться иллюзии.

**Аффективный бред** чаще проявляется в депрессивной форме в виде самообвинения, самоуничижения. Больной убежден в том, что он совершил тяжкие нарушения, аморальные поступки и т.п. Иногда бред может иметь фантастическое содержание, например, больной считает, что он виновен в гибели всех людей на земле.

От бреда отличаются так называемые **сверхценные идеи**, когда у больного доминирует какая-либо идея, возникшая в связи с реальными обстоятельствами. Она подавляет все остальные мысли и представления.

**Навязчивые состояния** - это непроизвольно возникающие непреодолимые мысли, представления, воспоминания, сомнения, страхи. Человек понимает их болезненный характер, постоянно пытается бороться с этими мыслями и ощущениями. Навязчивые состояния могут быть отвлеченными и образными. Примером отвлеченных навязчивых состояний может быть постоянный счет чего-либо (ступеней, этажей, столбов) либо постоянное мудрствование, риторические вопросы самому себе, навязчивая хула или навязчивые воспоминания («умственная жвачка»). Могут быть навязчивые сомнения - мучительная неуверенность в своих действиях с их постоянной перепроверкой. Например, больной много раз возвращается на кухню, чтобы убедиться в том, что выключен газ. К навязчивым состояниям относятся навязчивые влечения, например стремление ударить стоящего рядом человека, броситься под идущий транспорт.

Навязчивые страхи (фобии) - весьма распространенная разновидность навязчивого состояния. Фобий много, они могут быть весьма разнообразными - больной боится перейти улицу, боится эскалатора в метро, замкнутых помещений, высоты. При появлении страхов у больного начинается сердцебиение, выступает пот, он бледнеет, могут появиться головокружение, одышка.

**Расстройства памяти**

Расстройства памяти (амнезия) имеют несколько разновидностей:

– ретроградная амнезия - потеря памяти на события, предшествующие нарушению психической деятельности. Так, больные эпилепсией не помнят события, которые предшествовали приступу; после тяжелой черепно-мозговой травмы с потерей сознания больные не помнят ничего из того, что было с ними до травмы, иногда они не могут вспомнить, кто они, назвать свое имя. Ретроградная амнезия может длиться от нескольких минут до многих лет.

– антероградная амнезия - утрата воспоминаний о событиях, которые произошли сразу после окончания бессознательного состояния. Длится от нескольких минут до нескольких дней, иногда недель;

– антероретроградная амнезия - сочетание обоих типов амнезии;

– фиксационная амнезия - потеря способности запоминать текущие события. Имеются и другие нарушения памяти, в том числе обманы памяти (парамнезии), ложные воспоминания о событиях, которых на самом деле не было (конфабуляции), о событиях, имевших место, но перенесенных в другие периоды времени.

**Расстройства эмоций**

Мания (гипертимия, маниакальный аффект) - повышенное радостное настроение с усилением влечений и неутомимой деятельностью, ускорением мышления и речи, веселостью, чувством превосходного здоровья, выносливости, силы, когда все воспринимается в розовом свете; над всем господствует оптимизм. Больным свойственна переоценка собственной личности, нередко достигающая степени сверхценных идей величия. Больные выглядят помолодевшими, у них учащается пульс, бывает слюнотечение, у женщин нарушается менструальный цикл. Если интенсивность маниакального аффекта невелика, то говорят о гипомании.

Эйфория - повышенное настроение с беспечным довольством, пассивной радостью, безмятежным блаженством в сочетании с замедлением мышления (вплоть до персеверации).

Повышение настроения может принимать форму экстаза - переживания восторга, необычайного счастья.

Депрессия (гипотимия, депрессивный аффект) - угнетенное, меланхолическое настроение, глубокая печаль, уныние, тоска с неопределенным чувством грозящего несчастья и физически тягостными ощущениями. Ничто не приносит радости, удовольствия, весь мир становится мрачным. Настоящее и будущее видятся безрадостными и безысходными. Прошлое рассматривается как цепь ошибок. Больные выглядят постаревшими, у них выпадают волосы, ногти становятся ломкими, больные худеют. При нерезком депрессивном аффекте говорят о субдепрессии.

Дисфория - угрюмое, ворчливо-раздражительное, злобное и мрачное настроение с повышенной чувствительностью к любому внешнему раздражителю, ожесточенностью и взрывчатостью. Иногда это озлобленный пессимизм с язвительной придирчивостью, мелочной критичностью, временами со взрывами гнева, бранью, угрозами, способностью к нападению, насильственным действием. В других случаях преобладает обвинение окружающих с тупой злобой, бранью, постоянной агрессией. В третьих случаях дисфория проявляется импульсивным бегством, бродяжничеством, пароксизмами бессмысленного разрушения предметов, оказавшихся в поле зрения.

Страх - чувство внутренней напряженности, связанное с ожиданием угрожающих событий, действий. Может быть выражен в различной степени - от тревожно неуверенности и неопределенного чувства стеснения в груди до состояния ужаса.

Эмоциональная слабость - выраженная лабильность настроения с резкими колебаниями от повышения к понижению. Повышение обычно носит отпечаток сентиментальности, понижение - слезливости. Смена подобных состояний имеет незначительный повод. Чувствительность ко всем внешним раздражениям повышена. Крайняя степень эмоциональной слабости обозначается аффективным недержанием.

Апатия-полное равнодушие, безучастность ко всему окружающему и своему положению, бездумность. Ничто не вызывает интереса, эмоционального отклика.

**Расстройства воли и влечений**

Расстройство воли (побуждений) - повышение или понижение динамических основ личности, ее жизнедеятельности (витальности), активности, энергии, инициативы.

Гипобулия (понижение волевой активности) - бедность побуждений, вялость, бездеятельность, скудная, лишенная выразительности речь, ослабление внимания, обеднение мышления, снижение двигательной активности, ограничение общения вследствие снижения откликаемости.

Абулия - отсутствие побуждений, утрата желаний, полная безучастность и бездеятельность, прекращение общения вследствие исчезновения откликаемости.

Гипербулия (повышение волевой активности) - усиление побуждений, повышенная деятельность, порывистость, инициативность, говорливость, подвижность.

Парабулия - извращение волевой активности, сопровождающееся соответствующей деятельностью: негативизмом, импульсивностью, вычурностью движений и др.

Гипокинезия - двигательное угнетение, сопровождающееся обеднением и замедлением движений.

Акинезия - обездвиженность вследствие прекращения произвольных движений, однако при побуждении из вне они оказываются возможными.

Ступор - обездвижение, оцепенение.

Различают следующие виды ступора.

Кататонический ступор проявляется обездвиженностью, повышением мышечного тонуса и отсутствием речи (мутизм). В состоянии ступора больные не отвечают на вопросы, не реагируют ни на окружающее, ни на свое положение. При этом расстройстве больные долго остаются в одной и той же позе; все их мышцы напряжены. Прикосновение, уколы, термические раздражения в ступорозном состоянии не вызывают реакции, расширение зрачков при болевых и эмоциональных раздражениях также отсутствует. Кататонический ступор может сопровождаться негативизмом. Обессмысленное противодействие, немотивированный отказ больного от выполнения любого движения, действия или сопротивление его осуществлению с помощью другого лица) или восковой гибкостью (каталепсия) с длительным сохранением приданной больному или отдельным частям его тела позы, даже неудобной и требующей значительного мышечного напряжения. Кататонический ступор имеет различные проявления. В одних случаях это оцепенение, сопровождающееся страхом, ужасом, растерянностью и изменением самосознания. В других случаях развивается экстаз, возникают фантастические переживания. Наконец, кататонический ступор может сопровождаться усилением галлюцинаций, бреда или опустошением сознания.

Субступорозное состояние - неполная обездвиженность, обычно с более или менее выраженным мутизмом, продолжительным сохранением одного и того же положения тела, неестественными, вычурными позами.

Депрессивный ступор (мрачное оцепенение) - развитие массивного двигательного торможения, достигающего полной обездвиженности на высоте депрессии.

Психогенный ступор - реакция в форме обездвиженности на переживание страха, ужаса, катастрофы, внезапной смерти близкого человека.

Экзогенный ступор - состояние обездвиженности, возникающее в результате токсического или инфекционного поражения (отравление нейролептиками и другими веществами, энцефалит) соответствующих отделов мозга.

Апатический ступор - сочетание абсолютной безучастности, полной бездеятельности и крайнего бессилия, доходящего до прострации, сопровождается бессонницей. Взгляд устремлен в пространство, редкие ответы «да» или «нет» произносятся автоматически. Подобное состояние называют также адинамическим, аспонтанным, абулическим. Воспоминаний о нем не сохраняется. В генезе этого состояния большую роль играет тяжелейшее физическое истощение в результате дистрофии, кахексия.

**Гиперкинезия (двигательное возбуждение)**

Наиболее выраженную форму двигательного возбуждения представляет раптус - неистовое возбуждение, внезапно, подобно взрыву, прерывающее заторможенность или ступор. Больные мечутся, кричат, воют, бьются о стены, наносят себе повреждения, пытаются покончить с собой.

Депрессивное возбуждение (меланхолический раптус) - двигательное возбуждение, сочетающееся с безысходным отчаянием, мучительной, невыносимой тоской. Больной стонет, рыдает, пытается навести себе повреждения.

Тревожное возбуждение - общее двигательное беспокойство (ажитация) в сочетании с тревогой и страхом. Выраженность ажитации может быть различной - от двигательного беспокойства в виде стереотипного потирания рук, теребления одежды, хождения из угла в угол до резкого двигательного возбуждения с экспрессивно-патетическими формами поведения (заламывание рук, рыдания, причитания, стремление разорвать одежду, биться головой о стену).

Маниакальное возбуждение характеризуется чрезмерным стремлением к деятельности с незаконченностью и немотивированными переходами от одного вида деятельности к другому, сочетается с повышенным аффектом, ускорением мышления и речи. При нерезком маниакальном возбуждении действия больных сохраняют признаки целенаправленной деятельности, при усилении расстройства появляются незавершенные действия, беспорядочные движения, возникает суетливость, утрачивается связность речи.

Кататоническое возбуждение - двигательное возбуждение с преобладанием двигательных и речевых стереотипий (однообразное повторение больным одних и тех же слов и словосочетаний или движений).

Для кататонического возбуждения характерны гримасничанье, манерность, вычурность движений, необычные позы, парамимия, т.е. несоответствие выражения лица господствующему аффекту (неадекватная мимика), или диссоциация мимики, т.е. сочетание различных, нередко противоположных мимических движений (например, плачущих глаз со смехом). Кататоническому возбуждению свойственна импульсивность поступков и отдельных движений, негативизм, двойственность побуждений (амбивалентность), автоматическое повторение речи (эхолалия) и движений (эхопраксия) окружающих, нарушения мышления (в виде разорванности или инкогерентности) и речи - вербигерация, мимоговорение.

Эпилептическое (эпилептиформное) возбуждение - двигательное возбуждение, сопровождающее состояние дисфории или сумеречное помрачение сознания. Протекает со злобно-брутальными действиями (вплоть до нанесения увечий, убийства) или восторженно-экстатическим состоянием с наплывом образных галлюцинаций.

Эротическое возбуждение - двигательное возбуждение больных олигофренией, выражающееся в бессмысленных, порой разрушительных действиях и сопровождающееся криками и в редких случаях - нанесением себе повреждений.

Галлюцинаторное возбуждение-двигательное возбуждение, развивающееся под влиянием устрашающих галлюцинаций, часто с внезапным переходом от обороны к нападению.

Паническое (психогенное) возбуждение - бессмысленное двигательное возбуждение (иногда в форме «двигательной бури»), возникающее при внезапных очень сильных потрясениях, катастрофах, в ситуациях, угрожающих жизни.

Агрессивные действия возникают во время возбуждения; они обусловлены бредовыми и галлюцинаторными переживаниями, иногда относятся к импульсивным действиям. Обычно агрессия больного направлена на окружающих, в ряде случаев на себя - самоубийство в состоянии депрессивного возбуждения (panтуса), стереотипное нанесение себе повреждений (вырывание волос) больными шизофренией, самоповреждения умственно неполноценных лиц.

Анорексия - ослабление или отсутствие чувства голода.

Анорексия нервная - стремление к похуданию, преимущественно у девушек, обусловленное опасением ожирения.

Анорексия психическая - утрата чувства голода или отказ от приема пищи, обусловленный болезненным психическим состоянием (депрессия, кататоническое состояние с полным торможением чувства голода; отказ от еды по бредовым мотивам).

Булимия (полифагия) - патологическое повышение потребности в пище, приводящее к ожирению, ненасытный аппетит.

Патологическое извращение аппетита – поедание несъедобных веществ (проглатывание гвоздей, ложек и других предметов); поедание экскрементов - копрофагия.

Полидипсия - неутолимая жажда.

Изменение полового влечения - повышение, понижение, извращения.

**Импульсивные явления**

Различают импульсивные действия и импульсивные влечения. В отличие от навязчивостей импульсивные действия и влечения реализуются неотвратимо, без внутренней борьбы и сопротивления.

Импульсивные действия совершаются без контроля сознания, возникают при глубоком нарушении психической деятельности. Они внезапны и стремительны, не мотивированы и бессмысленны. Больные внезапно бросаются бежать, прыгают с поезда во время движения, нападают на первого попавшегося человека, избивают всех подряд, разрушают все, что попадает им под руку.

Импульсивные действия внезапны и безмотивны. Больной вдруг хватает кошку и бросает ее в огонь либо подбегает к постороннему человеку и бьет его чем-нибудь и т.п. При этом больной не может объяснить свой поступок, воспоминания о совершенном поступке неотчетливы и отрывочны.

Импульсивные влечения- остро, время от времени возникающие стремления, овладевающие рассудком, подчиняющие себе все поведение больного. Появление подобного рода влечений сопровождается подавлением вcex конкурирующих мыслей, представлений, желаний.

Дипсомания - запой, непреодолимое влечение к пьянству. Возникает периодически, как и все разновидности импульсивных влечений. В промежутках между приступами запоя потребность в вине отсутствует.

Дромомания (бродяжничество, вагабондаж, пориомания) - периодически возникающее непреодолимое стремление к перемене места, к поездкам, бродяжничеству. При появлении этого влечения, не раздумывая о последствиях, больной бросает семью, работу, учебное заведение.

Клептомания - периодически и внезапно возникающая страсть к воровству. Это хищение без цели или мотивированного побуждения, часто совсем ненужных вещей, которые затем больной выбрасывает, дарит, забывает о них, возвращает прежним хозяевам.

Пиромания - неотвратимое стремление к поджогу, который производится без стремления причинить зло, нанести ущерб.

«Плюшкина симптом» - патологическое влечение к собиранию и накапливанию всевозможных выброшенных, негодных предметов, вещей, тары и другого разнообразного хлама, возникающее чаще всего в старческом возрасте.

**3. ОСНОВНЫЕ СИНДРОМЫ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ**

Последовательная смена синдромов образует клиническую картину психического заболевания, анализ этих синдромов позволяет поставить правильный диагноз.

**Невротические синдромы.** Этих психических расстройств много, но наиболее часто они представлены астеническим, истерическим синдромами и синдромом навязчивостей.

Астенический синдром может возникать при любом психическом заболевании и проявляется в виде раздражительности, повышенной утомляемости, слабости, неустойчивого настроения, расстройства сна, потливость, сердцебиение. Больные легко теряют самообладание, они ворчливы, всем недовольны, слезливы, часто проявляют умиление или обиду, утрачивают усидчивость, интерес к работе.

Истерический синдром проявляется в эмоциональной неустойчивости, когда бурное возмущение быстро сменяется такой же бурной радостью, неприязнь сменяется симпатией и т.п. Речь образная, сопровождается подчеркнутой, театральной мимикой, кокетством, явным преувеличением реальных событий, где желаемое выдается за действительное.

Синдром навязчивости включает в себя различные стойкие навязчивые состояния при постоянном тревожно-подавленном настроении.

**Эмоциональные синдромы** - это синдромы, основу которых составляют расстройства настроения.

Маниакальные синдромы проявляются нарастанием радостного настроения, оживленности, чувством физического комфорта и прилива сил. Появляются говорливость, находчивость, но внимание нестойко, больные быстро отвлекаются, развивают лихорадочную деятельность, но начатое дело до конца не доводят. Среди маниакальных синдромов преобладают эйфория (радость, безмятежность), гневливая мания (вспышки негодования, злобы, назойливая придирчивость, речевое возбуждение), мориа (веселое возбуждение в сочетании с дурашливостью, стремлением к плоским шуткам).

**Депрессивные синдромы** объединяются снижением настроения с некоторой вязкостью мышления. Больные жалуются на лень, вялость, нежелание что-либо предпринимать, неуверенность в своих силах, неспособность «взять себя в руки». В состоянии депрессии часто совершаются самоубийства. Иногда больные считают себя виновными в гибели окружающих или даже всей страны и с этим связывают нарастающую депрессию (депрессия с фантастическим бредом). Если подавленно-тоскливое настроение сочетается с идеями преследования, отравления и т.п., говорят о параноидной депрессии.

**Галлюцинаторно-бредовые синдромы** - это сочетание галлюцинации и бреда при ясном сознании. Галлюциноз - состояние непрерывного галлюцинирования. Различные сочетания галлюцинаций и бреда дают разные синдромы этой группы. Примером может служить параноидный синдром - сочетание бредовых идей преследования с вербальными (словесными) галлюцинациями.

**Синдромы двигательных нарушений** проявляются либо возбуждением, либо обездвиженностью (кататонический ступор). В последнем случае больные не реагируют ни на какие раздражители, в том числе на обращение к ним, и полностью обездвижены. У больных выражено мышечное напряжение, и они подолгу могут находиться в одной позе, подчас неудобной. Иногда больным можно придать определенное положение тела и они его сохраняют (ступор с явлениями восковой гибкости). Ступор может развиваться на фоне депрессии, при выраженных галлюцинациях.

В судебной психиатрии большое значение имеет группа**синдромов помрачения сознания,** т.е. временные нарушения психики в виде отрешенности от окружающего, дезориентированности в месте, времени и в обстановке, неспособности к правильным суждениям с полной или частичной ретроградной амнезией. Помрачение сознания может проявляться в виде оглушения, когда больные плохо осмысливают происходящее, вяло отвечают на вопросы или совсем не отвечают на них. Оглушение может перейти в ступор. Наиболее часто возникает делирий (делириозный синдром), проявляющийся в помрачении сознания с истинными зрительными галлюцинациями и иллюзиями, образным бредом, двигательным возбуждением. Примером такого делирия является так называемая белая горячка у больных хроническим алкоголизмом. Сумеречное помрачение сознания развивается внезапно, продолжается относительно недолго (несколько минут, часов, иногда дней), так же внезапно исчезает, сменяясь сном и ретроградной амнезией. Это картина «амбулаторного автоматизма». В других случаях сумеречное помрачение сознания характеризуется появлением страха, злобы, устрашающих зрительных галлюцинаций, бредом. В этом состоянии больной может совершить жестокие акты агрессии. Состояние заканчивается ретроградной амнезией или остаются смутные отрывочные воспоминания.

**Припадки или пароксизмы** - внезапно развивающиеся непродолжительные состояния помрачения сознания, сочетающиеся с двигательными нарушениями в форме судорог. В широком смысле под припадками или пароксизмами (приступами) понимают любое внезапное быстропреходящее расстройство психической деятельности или деятельности других органов или систем организма. Наиболее часто судебным психиатрам приходится иметь дело с большим эпилептическим припадком, включающим в себя последовательное нарастание проявлений нарушений психики и физического состояния.

Большой эпилептический припадок проявляется внезапной утратой сознания, тоническими и последующими клоническими судорогами, завершающимися комой.

Развитию припадка нередко предшествует продром в виде общего недомогания, головной боли, угнетенного настроения, снижения работоспособности, вялости. Длительность продрома - от нескольких часов до суток.

Собственно припадок часто начинается с ауры, занимающей несколько секунд. Аура проявляется различно. В одних случаях это внезапные зрительные, чаще панорамные галлюцинации, интенсивно окрашенные в тот или иной цвет, обонятельные (запах гари, дыма), слуховые, вербальные галлюцинации и псевдогаллюцинации. В других случаях аура имеет форму дереализации, непроизвольного мышления, непроизвольных воспоминаний, метаморфопсии, нарушения «схемы тела», внезапно развившегося состояния восторженности или безотчетного страха. Во время ауры окружающее не воспринимается, но происходящие расстройства сохраняются в памяти. Иногда припадок исчерпывается аурой, но обычно вслед за аурой развивается судорожная фаза припадка. Больной теряет сознание, наступает тоническое сокращение всех мышц. Затем больной падает с пронзительным криком, напоминающим стон или вой. Нередко больной получает во время падения тяжелые повреждения (ушибы, ранения, ожоги). Тоническое сокращение продолжается и после падения. Руки и ноги вытягиваются, поднимаются несколько вверх, челюсти сжимаются, зубы стискиваются, язык прикусывается. Дыхание прекращается, лицо на мгновение бледнеет, а затем синеет. Пульс учащается, артериальное давление повышается. Зрачки расширяются, на свет не реагируют. Происходят непроизвольное мочеиспускание, дефекация. Продолжительность тонической фазы 30-60 с. Тоническая фаза припадка непосредственно сменяется клонической с быстрыми, молниеносно перемежающимися сокращениями и расслаблениямн поперечнополосатых мышц. Вследствие судорожного сокращения мышц грудной клетки больной периодически всхрапывает; изо рта вытекает пенистая слюна, нередко окрашенная кровью из прикушенного языка. Фаза клонических судорог продолжается 2-3 мин. Судороги постепенно стихают, наступает коматозное состояние, медленно переходящее в сопорозное. В этот период обнаруживаются пирамидные рефлексы. Ясность сознания восстанавливается постепенно. Сначала остается в той или иной мере выраженная дезориентировка в окружающем, не помнят названия предметов. Воспоминание о судорожном и коматозном периоде отсутствует.

Малый эпилептический припадок, как и большой, сопровождается внезапной утратой сознания; иногда ему также предшествует аура. В отличие от большого припадка в этих случаях общей тонической судороги мышц не наступает, поэтому больные, несмотря на потерю сознания, не падают. Судорожные явления ограничиваются клоническими подергиваниями отдельных групп мышц. Воспоминание о припадке отсутствует.

Припадки Джексона (частичные эпилептические припадки) проявляются тоническими или клоническими судорогами одной половины тела, начинающимися с пальцев рук и ног, судорожным поворотом глазных яблок, головы, туловища в одну сторону, внезапно возникающими парестезиями в области одной половины тела. Припадок чаще развивается при ясном сознании, которое утрачивается лишь на высоте судорог при их генерализации.

Нарколептический припадок начинается внезапно снепреодолимой сонливости. Больной внезапно засыпает в самом неудобном положении: во время ходьбы, еды, на работе, у станка, на посту. Однообразные раздражения предрасполагают к припадку.

Катаплектический припадок - внезапное снижение мышечного тонуса под влиянием аффекта или каких-либо неожиданных раздражений (испуг, шутка, вызвавшая смех, внезапный звук, яркий свет).

Катаплектическим расстройствам родственныприпадки особого вида - припадки Клооса. Они выражаются во внезапном перерыве течения мыслей с чувством пустоты в голове, исчезновения опоры под ногами и невесомости всего тела или только нижних конечностей. Сознание полностью сохраняется, воспоминание об этом мимолетном необычном состоянии полное.

Истерический припадок сопровождается нарушениями движений, но без судорог. Больной медленно оседает на пол, появляются ритмичные и размашистые движения рук и ног, тело приподнимается и опускается, часто больные выгибаются, опираясь лишь на голову и пятки (так называемая «истерическая дуга»), кусают руки, рвут волосы, одежду. Все это сопровождается рыданиями, криками, скрежетом зубов, закатыванием глаз. Присутствие «зрителей» обычно усиливает припадок, который прекращается после резких внешних воздействий - обливания холодной водой, сильной пощечины.

**Дереализация**- чувство призрачности окружающего. Внешний мир воспринимается отдаленным, ненастоящим, неотчетливым, застывшим, бесцветным, силуэтным. Окружающее кажется неопределенным, неясным, как бы скрытым вуалью. В более тяжелых состояниях утрачивается чувство действительности, появляются сомнения в реальности существования окружающих предметов, людей, всего мира.

Олицетворенное осознавание - возникновение чувства присутствия в помещении, где больной находится один, кого-то постороннего. Присутствие этого постороннего не воспринимается, а непосредственно переживается с одновременным сознанием ошибочности возникшего чувства.

Расстройство осознавания времени - исчезновение сознания непрерывности и последовательности времени, чувство безвременной пустоты. Время движется медленно, идет быстро. В ряде случаев оно ускоряется до молниеносного течения; в других случаях оно замедляется вплоть до полной остановки - «остановившееся на вечность существование». Время внезапно, без последовательного развития, в виде скачка становится прошлым.

Расстройство апперцепции - нарушение способности восприятия, выражающееся в невозможности устанавливать связи явлений и понимать смысл происходящего.

Расстройство ориентировки - неспособность больного ориентироваться во времени, окружающем и в собственной личности. Обычно сначала нарушается возможность ориентироваться во времени, по мере углубления расстройства -в окружающем. В последнюю очередь утрачивается способность ориентироваться в собственной личности.

Дезориентировка во времени-неспособность больного определить год, месяц, число, время года, день недели. Развивается в результате помрачения сознания, расстройства памяти или апатии. При нетяжелом расстройстве больной с трудом восстанавливает события последних дней, не может последовательно воспроизвести главные события собственной жизни.

Дезориентировка в ситуации может быть кратковременной - в пepвое мгновение пробуждения после глубокого сна, по миновании помрачения сознания; стойкой - у больных, страдающих тяжелыми органически обусловленными психическими расстройствами.

Расстройство ориентировки в месте - в нетяжелых случаях утрачивается ориентировка в сравнительно новом для больного месте; при выраженных нарушениях утрачивается ориентировка в городе, улице и квартире постоянного жительства.

Расстройство ориентировки в собственной личности возникает на очень короткое время после окончания помрачения сознания, длительно - вместе с другими видами дезориентировки, в результате массивного органически обусловленного расстройства психической деятельности.

Растерянность (аффект недоумения) - мучительное непонимание больным своего состояния, которое осознается как необычное, необъяснимое. Наступает при остром расстройстве психической деятельности, вызывающем стремительное нарушение самосознания и отражения окружающего.

**Деперсонализация** (отчуждение от самого себя) - расстройство сознания личности, сопровождающееся отчуждением психических свойств личности. В сравнительно легких случаях осознание себя становится блеклым, безжизненным, приглушенным, лишенным реальности. Больные как бы наблюдают себя со стороны.

В более широком понимании к сознанию личности (самосознанию) относят все содержание психической деятельности, ее развитие, отношение к внешнему миру, социальные связи.

Расстройство самосознания витальности - снижение или исчезновение чувства собственной жизненности; в тяжелых случаях больные утрачивают уверенность в том, что они еще живут, что они еще есть. В более легких случаях ослабляется переживание телесной жизнедеятельности, физического благополучия, тонуса телесного существования.

Расстройство самосознания активности - чувство затруднения, замедления, ослабления интенции мышления, чувств, моторики. Субъективно затруднены повседневные решения, действия, речь.

Расстройство самосознания целостности - нарушение осознавания себя как единого неразрывного целого. Возникает переживание внутреннего распада, дивергенции, раздвоения, вызывающее панический страх. Больные жалуются на постоянное сосуществование у них двух несогласованных «Я», находящихся в постоянном противоречии, борьбе. Подобное расстройство иногда сопровождается отчуждением частей собственного тела.

Расстройство границ самосознания - ослабление вплоть до полного исчезновения различия между «Я» и «не Я», между миром внутренним и внешним, между реальностью и образами, созданными аутистическим миром больного. Больные чувствуют себя беззащитными, открытыми всем внешним влияниям.

Расстройство идентичности самосознания. Неуверенность в непрерывности самосознания от рождения до данного момента. В легких случаях возникает отдаленность своего «Я». В тяжелых случаях исчезает уверенность «Я есть, Я сам». Больной перестает осознавать, кто он.

Изменение самооценки - нарушение способности соотносить возможности собственной личности с реальностью. Подразделяется на конституциональное и нажитое.

**Слабоумие**- стойкое, малообратимое обеднение психической деятельности, ее упрощение и упадок. Слабоумие проявляется в ослаблении познавательных процессов и обеднении чувств, изменении поведения в целом.

Если и приобретаются новые знания и формы деятельности, то только простейшие. Пользование прошлым опытом крайне затрудняется и обычно сводится к привычным суждениям и навыкам; сложный, наиболее совершенный опыт не воспроизводится.

Слабоумие редко развивается изолированно. Чаще оно составляет единство с теми или иными описанными выше позитивными расстройствами. При подобном сочетании упадок психической деятельности сказывается и в особом изменении патологических продуктивных проявлений болезни. Подобное изменение названных расстройств происходит постепенно и становится наиболее выраженным на конечном этапе болезни, в эпилоге, когда влияние упадка психической деятельности выступает особенно отчетливо. Есть в литературе данные о том, что «в крайних случаях слабоумия не могут образоваться даже нелепые идеи».

Слабоумие разделяется на врожденное недоразвитие психики (малоумие) и приобретенное, возникающее в результате прогрессирующих психических заболеваний (собственно слабоумие, деменция).

Врожденное (олигофреническое) слабоумие - общее, более или менее выраженное недоразвитие психики. Это проявляется в неспособности к абстрактному мышлению, недоразвитии речи, крайне скудном запасе слов, бедности представлений и фантазии, слабости памяти, ограниченном запасе знаний, незначительной способности к их приобретению. Эмоции бедны и нередко исчерпываются кругом удовлетворения физических потребностей.

Приобретенное слабоумие (деменция) различается по характеру поражения головного мозга и по вызвавшей его болезни.

Тотальному слабоумию свойственны одновременное и выраженное снижение (или распад) всех форм познавательной деятельности, утрата критики к своему состоянию, изменение эмоциональной сферы, потеря или извращение психической активности, стирание индивидуальных особенностей личности.

Разумеется, перечисленными симптомами и синдромами далеко не исчерпываются психические расстройства, которые приходится анализировать психиатрам при проведении судебно-психиатрической экспертизы. Однако описанные здесь патологические состояния и соответствующая терминология встречаются наиболее часто, их знание необходимо юристу для понимания возможностей судебно-психиатрической экспертизы и заключения экспертов.

**4. НЕВРОЗЫ**

Нарушения психики в форме неврозов (реактивных психозов) и психопатий (расстройств личности) не являются истинными психическими заболеваниями, а представляют собой как бы промежуточное состояние между психическим здоровьем и болезнью. Люди, совершившие те или иные правонарушения в состоянии реактивного психоза или будучи психопатами, являются вменяемыми в уголовных процессах и дееспособными в гражданских делах. Неврозы и расстройства личности имеют различные проявления, течение и последствия.

Это группа психических расстройств, возникающих под влиянием психической травмы. Это временные, обратимые нарушения психики, при которых нет таких тяжелых расстройств, как бред, галлюцинации. Вместе с тем неврозы сопровождаются нарушением общего самочувствия, эмоциональной неустойчивостью, хотя при этом человек правильно оценивает окружающую действительность и понимает свое болезненное состояние.

Психическая травма может быть связана с эмоциональным стрессом или длительными неприятными переживаниями при отсутствии положительных эмоций, поддержки окружающих и близких. Наиболее часто в судебной психиатрии приходится иметь дело с неврастенией, неврозом навязчивости и истерическим неврозом.

**Неврастения -**это невроз, возникающий в результате неспособности человека адаптироваться к тем условиям жизни или работы, в которых он оказался. Например, неврастения может развиваться у людей, приехавших в большой город из глубокой, тихой провинции. В городе все пугает, все постоянно вызывает напряжение, человек постоянно боится совершить какую-нибудь ошибку, за которую нужно будет расплачиваться. При этом человек чувствует, что не такой, как все, все время ожидает насмешки и унижения со стороны окружающих, коллег, соседей. Он не может приспособиться к темпу и образу жизни большого города. По мере развития невроза больные начинают быстро уставать от любой нагрузки, настроение становится весьма неустойчивым, легко появляются приступы раздражительности или необузданного веселья, они теряют сон, после поверхностного сна нет ощущения отдыха. Постепенно развиваются апатия, сонливость, плаксивость, которые неожиданно сменяются бурной активностью. Начатое дело не доводится до конца из-за повышенной утомляемости и вновь наступающей апатии.

Длительность неврастении зависит от особенностей и длительности психогенных воздействий и от характерологических и психологических особенностей человека. Невроз длится от нескольких месяцев до нескольких лет и прекращается после устранения психотравмирующей ситуации или в результате изменения отношения больного к травмирующей ситуации, особенно при соответствующем лечении.

**Невроз навязчивости**проявляется в непроизвольных навязчивых мыслях или страхах. Это может быть навязчивый счет окон, этажей, столбов или навязчивые воспоминания, например, неприятных ситуаций, бывших когда-то в жизни больного или даже прочитанных в книге.

Невроз навязчивости может проявляться в навязчивых сомнениях - выключен ли свет или газ в квартире, заперта ли дверь. Эти сомнения заставляют больного многократно возвращаться домой, звонить с работы соседям с просьбой проверить, заперта ли дверь в его квартиру. Больной понимает ненормальность ситуации, она мучает его, но отказаться от преследующих его воспоминаний, сомнений или действий человек не может. Они мешают ему жить, истощают его нервную систему.

Невроз может проявляться в навязчивых страхах (фобиях). Наиболее часто такие люди боятся заболеть сердечно-сосудистыми или онкологическими болезнями либо заразиться инфекционным заболеванием. Например, при входе в переполненный автобус у больного появляется страх, что сейчас у него будет кровоизлияние в мозг и ему не успеют оказать помощь (цереброфобия). Страх может сопровождаться головной болью. Невроз нередко прогрессирует. Сначала цереброфобия появляется тогда, когда человек только подходит к остановке автобуса, а затем уже при одной мысли о том, что придется ехать на автобусе. При страхе заразиться, например СПИДом, человек старается ни до чего не дотрагиваться, разговаривать с людьми на возможно большем расстоянии, телефонную трубку он обертывает носовым платком, постоянно моет руки, полощет горло. Все разъяснения о том, что СПИДом можно заразиться только половым путем или через перелитую кровь, не устраняют страха, хотя больной и понимает абсурдность своих переживаний.

При одной из форм невроза навязчивости у человека появляется желание совершить какой-нибудь непристойный поступок в общественном месте или, например, ударить близкого человека чем-то тяжелым по голове, выколоть ему глаз. У некоторых больных этот невроз может сопровождаться навязчивыми и однообразными движениями головы или гримасами, которые очень трудно сдержать.

При прогрессировании невроза навязчивые идеи могут переходить в овладевающие, когда больной не может избавиться от какой-нибудь абсолютно абсурдной мысли, например о том, что при переезде в старой квартире забыли любимую кошку. Он знает, что кошка давно умерла, но тем не менее представляет ее мучения в запертой квартире. Эти представления настолько неотвязно преследуют больного, что он в конце концов бросает все, едет на старое место жительства, начинает искать кошку.

**Истерический невроз -**расстройство почти всех ощущений и конфликтные переживания. У женщин этот невроз встречается значительно чаще, чем у мужчин, причем возникает в любом возрасте. Проявления истерического невроза многообразны, всегда имеют большую эмоциональную выразительность при сохранении сознания. Больные могут имитировать разнообразные болезни - сердечно-сосудистые расстройства в виде сердцебиения, боли в сердце, спазмы пищевода и невозможность проглотить пищу - давятся, кашляют, у них может быть рвота; иногда больные задыхаются. В период приступа невроза больные не могут стоять, ходить, так как у них развиваются параличи, они теряют голос и т.п. Иногда у них возникает резкое сокращение мышц спины, затылка и конечностей и больные выгибаются дугой, опираясь лишь на голову и стопы - «истерическая дуга». Истерическая амнезия включает потерю памяти на события, которые вызвали истерический невроз. Иногда у больных развивается изменение сознания, и они в этом состоянии могут совершать поездки в известные им места. Они не могут объяснить цель поездки, но их поведение в этот период вполне нормально.

**5. РЕАКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ**

Реактивные психозы по клинической картине, остроте, характеру и длительности можно разделить на острые шоковые реактивные психозы, подострые и затяжные реактивные психозы.

**Острые шоковые реактивные психозы**. Острые шоковые реактивные психозы возникают под влиянием внезапной и очень сильной психической травмы, представляющей угрозу для жизни, чаще при массовых катастрофах (землетрясение, пожар, наводнение, транспортные катастрофы), при тяжелом потрясении, связанном с неожиданным известием, арестом.

Вегетативные нарушения выражаются сердцебиением, резким побледнением или покраснением, профузным потом, поносом. К гиперкинетической форме шоковых реакций следует относить острые психозы страха. В этих случаях в клинической картине психомоторного возбуждения ведущим симптомом становится панический, безудержный страх. В некоторых случаях после острой реакции страха может в дальнейшем развиваться затяжной невроз страха.

**Подострые реактивные психозы.**В судебно-психиатрической клинике подострые реактивные психозы встречаются наиболее часто. Они сложнее и многообразнее, чем острые шоковые реакции, развиваются более медленно и постепенно. После психической травмы проходит определенный период переработки травмирующего переживания.

Иногда подострые реактивные психозы имеют сначала острую стадию, которая затем переходит в подострую, иногда им предшествует невротическая стадия. Длительность подострых реактивных психозов от 2-3 нед до 2-3 мес. К ним относятся реактивная (психогенная) депрессия, психогенный параноид, галлюциноз, истерические психозы, психогенный ступор.

**Реактивные (психогенные) депрессии**. Психогенными депрессиями называются такие психогенные реакции, в клинической картине которых ведущее место занимает депрессивный синдром с аффектом тоски и общей психомоторной заторможенностью.

Клинически выделяют простые реактивные депрессии; депрессивно-параноидный; астено-депрессивный; депрессивно-истерический синдромы.

Простая реактивная депрессия развивается в непосредственной связи с травмирующим переживанием. В структуре депрессии ведущими являются эмоциональные расстройства, сопровождающиеся психомоторной заторможенностью. Депрессивный аффект мотинирован, тоскливость связана с психотравмирующей ситуацией. Депрессия заканчивается полным выздоровлением без каких-либо последующих изменений психики.

Депрессивно-параноидный синдром проявляется в медленном и постепенном развитии и нарастании подавленности, которой предшествует длительный период переработки травмирующего переживания. Часто появляется бессонница, возникают различные неприятные соматические ощущения. В первое время депрессия обычно более или менее адекватна и психологически понятна и формируется на невротическом уровне. При сохранности формальной ориентировки окружающее воспринимается неотчетливо, отмечаются явления деперсонализации и дереализации. Депрессия сопровождается психомоторной заторможенностью и, нарастая, может перейти в депрессивный ступор. Течение обычно длительное (2-3 мес). При этом больные худеют, у них отмечаются выраженные вегетативные нарушения-сердцебиение, колебания артериального давления, чувство сдавления, боль и тяжесть в области сердца.

Астенодепрессивные состояния начинаются с явлений нервно-психического истощения, достигающего глубокой астении. По мере развития заболевания нарастает психомоторная заторможенность. Аффект тоски маловыразительный, замещается состоянием монотонного уныния, апатии в сочетании с подавленностью всех психических функций. При углублении этого состояния, особенно при включении дополнительных неблагоприятных факторов (инфекции, интоксикации), состояние депрессии может перейти в вялый ступор с особенно неблагоприятным сечением.

Истерическая депрессия встречается в судебно-психиатрическом практике наиболее часто. Истерическая депрессия обычно развивается после короткого периода истерического возбуждения. Клиническая картина отличается особой яркостью симптоматики, часто сочетается с другими истерическими проявлениями. Аффект тоски при истерической депрессии чрезвычайно выразительный. Настоящей психомоторной заторможенности в этих случаях нет. Спонтанные движения и жесты больных очень пластичны, театральны, тонко дифференцированы. Иногда тоска сочетается с гневливостью, метрика и мимика остаются столь же выразительными. Нередко больные наносят себе повреждения или совершают демонстративные суицидальные попытки. Больные во всем обвиняют окружающих, высказывают преувеличенные опасения по поводу своего здоровья. Истерическая депрессия протекает при истерически суженном сознании с колебаниями психомоторного фона. Временами, особенно при упоминании о волнующем переживании, у больных возникают кратковременные состояния психомоторного возбуждения.

**Реактивный параноид и галлюциноз.** Острые параноиды без галлюцинаторных явлений относятся к сравнительно редким формам реактивных состояний. Они возникают обычно после ареста, в тюрьме, нередко после бессонницы. В начальной стадии у больных появляются непонятная мучительная тревога, общее эмоциональное напряжение и беспокойство. При сохранности ориентировки отмечается легкое изменение сознания с недостаточной четкостью, явлениями дереализации, ложного узнавания. Тематика параноида отражает травмирующую ситуацию. Состояние тоски и тревоги сменяется беспредметным беспокойством, тревожным ожиданием гибели. Больные защищаются от мнимых преследователей, становятся беспокойными, иногда агрессивными. Такое состояние продолжается недолго 1/2-1 мес. Постепенно, обычно после перевода в стационар, больные успокаиваются, страх сменяется тоской и подавленностью, соответствующей peaльной ситуации. Бредовая интерпретация исчезает. Уже не высказывая каких-либо новых бредовых идей, больные все же остаются непоколебимо уверенными в реальности всего пережитого. Критика к перенесенным болезненным переживаниям восстанавливается постепенно.

Чаще в судебно-психиатрической клинике встречается подострый психогенный галлюцинаторно-параноидный синдром с острым началом всех психотических проявлений. На фоне бессонницы, связанной с постоянным обдумыванием и поисками выхода из сложившейся ситуации, и своеобразно измененного сознания активная психическая деятельность оказывается затрудненной. В начальной стадии у больных появляется непонятная мучительная тревога, отмечаются явления дереализации и ложного узнавания. Постепенно целенаправленное мышление заменяется непрерывным потоком представлений. Отдельные слова и незаконченные фразы быстро сменяют друг друга, не получая ясного оформления. Больные жалуются па то, что, помимо воли, вынуждены думать о пустяках. Наряду с наплывом мыслей появляются ощущение «вытягивания», «чтения мыслей», чувство «внутренней раскрытости», что сочетается со слуховыми псевдогаллюцинациями. Возникают явления деперсонализации.

На высоте психотического состояния преобладают вербальные галлюцинации. Голоса множественные, принадлежат родственникам, судье, следователю, часто в форме диалога обсуждают поведение больного, угрожают, предсказывают смерть. Больные слышат плач своих детей, родных, крики о помощи. Большое место в клинической картине занимает бред отношения, особой значимости и преследования, а также бред внешнего воздействия, постоянного контроля и влияния, проводимого якобы с помощью гипноза, особых аппаратов. Все бредовые идеи объединены общим содержанием, связанным с психотравмирующей ситуацией.

**Истерические психозы**могут проявляться в виде бредоподобных фантазий, синдрома Ганзера, псевдодеменции, пуэрилизм, истерического ступора, синдрома одичания.

Бредоподобные фантазии описаны в судебно-психиатрической практике для обозначения клинических форм, встречающихся преимущественно в условиях тюремного заключения и характеризующихся прежде всего фантастическими идеями. Эти психогенно возникающие фантастические идеи занимают как бы промежуточное положение между бредом и фантазиями.

Содержание бредоподобных фантазий несет на себе выраженный отпечаток психотравмирующей ситуации, мировоззрения больных, степени их интеллектуального развития и жизненного опыта и противоречит основному тревожному фону настроения. Оно меняется в зависимости от внешних моментов.

Синдром Ганзера и псевдодеменции проявляется остро возникающим сумеречным расстройством сознания, «миморечью» (неправильные ответы на простые вопросы), истерическими расстройствами чувствительности и иногда истерическими галлюцинациями. В настоящее время в судебно-психиатрической клинике редко встречается клинически очерченный синдром Ганзера. Чаще наблюдается синдром псевдодеменцни (мнимое слабоумие) -истерическая реакция, проявляющаяся в неправильных ответах и действиях на фоне истерически суженного сознания, демонстрирующих внезапно наступившее глубокое «слабоумие».

Синдром пуэрилизма проявляется в детскости поведения (лат. puer-мальчик) на фоне истерически суженного сознания.

В судебно-психиатрической практике чаще встречаются отдельные черты пуэрилизма, чем целостный пуэрильный синдром. Наиболее частыми и стойкими симптомами пуэрилизма являются детская речь, детская моторика и детские эмоциональные реакции. Однако в детских формах поведения пуэрильных больных можно отметить наличие всего жизненного опыта, сохранность отдельных привычек и приобретенных навыков, что создает впечатление некоторой неравномерности распада функций (например, детская шепелявая речь и автоматизированная моторика во время еды, курения, которая отражает опыт взрослого человека), поэтому поведение больных с пуэрильным синдромом значительно отличается от истинного детского поведения.

Синдром регресса психики, «одичания» относится к числу наиболее редко встречающихся форм реактивных психозов. Это распад психических функций на фоне истерически измененного сознания и поведения, воспроизводящего дикое животное. Иногда наряду с распадом психических функций отмечается и продуктивная симптоматика в виде явлений истерического перевоплощения.

**Реактивный (психогенный) ступор -** полная обездвиженность и мутизм. Если психомоторная заторможенность не достигает степени ступора, то говорят о преступорозном состоянии.

Можно выделить истерический, депрессивный, галлюцинаторно-параноидный, вялоастенический ступор.

Истерический ступор среди подострых реактивных психозов в судебно-психиатрической клинике встречается чаще. Он возникает остро после травмирующего переживания (арест). Значительно чаще ступор развивается постепенно, становясь последним этапом. Основной чертой, определяющей клиническую картину истерического ступора, является эмоциональное напряжение.

Депрессивный ступор развивается как следствие углубления психомоторной заторможенности, которая сопровождает психогенную депрессию. Больные не ориентируются в отделении, не усваивают распорядок дня, не дифференцируют медицинский персонал. Все их поведение и реакции во время беседы позволяют говорить о нарушении сознания по типу оглушенности.

**Галлюцинаторно-параноидный ступор** возникает после галлюцинаторно-параноидного синдрома. Для него характерны отдельные проявления психического автоматизма, психогенные галлюцинации, идеи преследования на фоне растерянности и страха. В первое время больные рассказывают о своих бредовых переживаниях.

**Астенический ступор** возникает после астенодепрессивного состояния. В отличие от предыдущих форм ступора при астеническом ступоре нет эмоциональной насыщенности, выразительности в мимике и во всем облике больного.

**Затяжные реактивные психозы.**Понятие затяжного реактивного психоза определяется не только его длительностью (6 мес., год или больше), но и клиническими особенностями отдельных форм и закономерностями динамики. Если подострые реактивные психозы можно разделить по ведущему синдрому на отдельные формы, то при затяжном реактивном психозе чаще отмечается смена и трансформация различных синдромов. Клинически более оправдано разграничение затяжных реактивных психозов по типу течения.

В судебно-психиатрической клинике чаще встречаются следующие типы течения затяжных реактивных психозов: однотипный непрогредиентный; трансформирующийся прогредиентный, но полностью обратимый; вялопрогредиентный

**Однотипные непрогредиентные затяжные реактивные психозы.** Непрогредиентный тип течения затяжных реактивных психозов-сравнительно медленное развитие с формированием определенного строго очерченного психопатологического синдрома, однотипного на протяжении всего заболевания. Чаще всего это истерическая депрессия, псевдодеменция, псевдодементно-пуэрильный синдром или бредоподобные фантазии.

Этот тип течения затяжных реактивных психозов прогностически наиболее благоприятный. Заболевание сохраняет непосредственную зависимость от психотравмирующей ситуации. По выздоровлении не отмечается каких-либо выраженных и стойких постреактивных изменений психики.

**Трансформирующийся тип течения** затяжных реактивных психозов характеризуется сменой и видоизменением синдромов с тенденцией к прогредиентности и углублению реактивного состояния, что проявляется в постепенно нарастающей психомоторной заторможенности.

**Вялопрогредиентный тип течения** затяжных реактивных психозов чаще возникает при сосудистых или травматических поражениях головного мозга, а также после инфекционных и соматических заболеваний. Однако в ряде случаев не удается установить преморбидную патологическую почву.

Отличительной особенностью этого типа является возникающее на ранних этапах состояние психомоторной заторможенности. Последующая клиническая картина складывается из вялости, монотонности, однообразия течения без каких-либо выраженных колебаний и смены синдромов, с неуклонным прогредиентным углублением психомоторной заторможенности (вялый ступор). Одновременно с нарастающей психомоторной заторможенностью наступает прогрессирующее физическое истощение с трофическими нарушениями и выраженными вегетативно-обменными изменениями.

**Судебно-психиатрическая оценка неврозов и реактивных психозов**

Судебно-психиатрическая экспертиза редко проводится у людей, страдающих неврозами, так как они осознают свои действия (в частности, их общественную опасность) и могут руководить своим поведением. Человек в состоянии невроза вменяем. Однако изредка больные с импульсивной формой синдрома навязчивости, с приступами панического страха могут утрачивать контроль за своим поведением. Это обстоятельство должно учитываться при проведении судебно-психиатрической экспертизы.

В состоянии реактивного психоза криминальные действия совершаются редко, обычно реактивное состояние развивается после правонарушения. Если противоправные действия совершены в состоянии реактивного психоза, то, естественно, следует говорить о невменяемости.

Если реактивные состояния возникают после совершения правонарушения, то перед экспертом ставится вопрос о возможности обследуемого предстать перед судом и нести ответственность за совершенное правонарушение. При острых и подострых реактивных психозах, кратковременных и полностью обратимых, выздоровление обычно наступает в экспертном стационаре, поэтому решение вопроса о возможности участия подэкспертного в судебно-следственном процессе или пребывания в местах лишения свободы не вызывает затруднений. Трудности возникают при решении этих же вопросов при затяжных реактивных психозах. Основной задачей экспертизы и в этих случаях является определение глубины, тяжести и прогноза болезненного состояния. Затяжные реактивные психозы с однотипным или трансформирующимся течением и преобладанием истерических синдромов (истерическая депрессия, псевдодеменция, пуэрилизм) прогностически наиболее благоприятны. Эти состояния не вызывают, как правило, и дифференциально-диагностических затруднений. В подобных случаях обычно может выноситься заключение о вменяемости, но ввиду длительности реактивного психоза больных следует направлять на принудительное лечение до выздоровления, после чего они могут предстать перед судом и нести ответственность.

При определении прогноза и выборе практических мероприятий в отношении больных с частыми рецидивами истерических синдромов следует подчеркнуть, что чаще психопатологическая картина повторных эпизодов строится по типу отработанных клише и не отражает усложнения первоначальной психопатологической симптоматики. При судебно-психиатрической оценке каждого повторного эпизода, однотипного по клинической картине с первоначальным, следует исходить из тех же положений, что и при экспертизе первоначального реактивного состояния.

В подобных случаях временное болезненное расстройство душевной деятельности препятствует определению психического состояния подэкспертного в период совершения противоправных действий. Кроме того, реактивные психозы с депрессивными и параноидными синдромами могут оказаться неблагоприятными как по течению, так и по исходу. В связи с возможностью диагностических расхождений, а также формирования различных по глубине постреактивных изменений личности целесообразно направление больных в психиатрические больницы на принудительное лечение с последующим возвращением в экспертное учреждение для решения поставленных перед экспертами вопросов. Обычно эти меры достаточно эффективны. После соответствующей активной терапии втех случаях, когда выявляется психогенная природа заболевания, подэкспертные могут предстать перед судом и нести ответственность.

Прекращение принудительного лечения больным с депрессивными и параноидными реакциями можно рекомендовать только после полного выздоровления с исчезновением постреактивной астении и восстановлением критики к болезненным переживаниям. О таком выходе с достоверностью можно судить лишь после отмены активной терапии, даже поддерживающих доз.

Судебно-психиатрическая оценка наиболее редкой и малочисленной группы затяжных реактивных психозов с вялопрогредиентным течением наиболее сложна. Нарастающее физическое истощение и стойкие вегетативно-обменные сдвиги, не обнаруживающие тенденции к сглаживанию, при преморбидных патологических особенностях личности и соматических заболеваниях в анамнезе следует рассматривать как прогностически наиболее неблагоприятное сочетание. Неблагоприятным признаком следует также считать повторные эпизоды реактивных состояний не по типу клише, а с тенденцией к усложнению и нарастанию параноидной симптоматики.

Характерное для этой группы длительное прогредиентное течение заболевания с формированием изменений психики по органическому типу лишает больных способностей, необходимых при выполнении процессуальных требований, предъявляемых к лицу, ответственному за преступление, совершенное в состоянии вменяемости. Данный вариант течения затяжных реактивных психозов следует рассматривать как хроническое душевное заболевание, возникшее после совершения преступления, со всеми вытекающими из этого последствиями. Обычно окончательному решению вопроса о возможности предстать перед судом и нести ответственность предшествует направление больных на принудительное лечение.

В экспертном заключении ореактивном психозе должно быть обязательно указано время возникновения заболевания, поскольку от этого зависит оценка психического состояния подэкспертного в период следствия при выполнении тех или иных следственных действий. Больные с реактивной депрессией склонны к самообвинению и самооговору. При реактивных параноидах поведение больных и их показания в период следствия могут быть обусловлены бредовыми идеями отношения, преследования и болезненной интерпретацией окружающего. Решить эти специфические судебно-психиатрические вопросы можно только на основании установления типа течения реактивного психоза и, главное, этапа, на котором давались те или иные показания, а также выполнялись другие следственные действия. При подострых реактивных психозах, развивающихся быстро и характеризующихся в остром периоде нарушениями сознания и изменениями поведения, время возникновения психотического состояния выявляется достаточно отчетливо. Установить период, до которого к показаниям обследуемого следует относиться как к показаниям здорового человека, нетрудно. Установить время возникновения стертых форм затяжных реактивных психозов труднее. Необходимо иметь в виду, что психозу нередко предшествует невротический этап заболевания, не исключающий выполнение следственных действий.

**6. ПСИХОПАТИИ**

Психопатии (расстройства личности) - это стойкие врожденные или приобретенные расстройства личности при общей сохранности интеллекта, приводящие к нарушениям взаимоотношений с людьми и адаптации к окружающему.

Причинами психопатий во всех их проявлениях могут быть органические повреждения головного мозга, возникающие в результате травмы (в том числе родовой), интоксикации во внутриутробном периоде (алкогольная, наркотическая и т.п.) или инфекции (менингиты, энцефалиты).

Для психопатий типичны эгоцентризм, притязания на собственную значимость при отсутствии соответствующих способностей, тревожность, неуверенность, подозрительность. При психопатиях нарастают нарушения межличностных отношений и развивается социальная дезадаптация, т.е. неспособность к нормальному сотрудничеству в рабочем коллективе, к жизни в общежитии. Эти изменения личности могут быть выражены различно - от легкой степени, т.е. почти не отличающейся от нормы, до весьма значительных психических расстройств. Вместе с тем психопатия - не психическое заболевание, а некое промежуточное состояние, в неблагоприятных условиях способное перейти в психическую болезнь. Течение психопатии отличается от течения психического заболевания. Вместе с тем для психопатии типичны очень сильные эмоциональные проявления - вспышки гнева, агрессия, скандальность или, наоборот, глубокие переживания по поводу собственной неполноценности, непонимания со стороны коллег и окружающих. Выделяют несколько форм психопатии.

**Возбудимая психопатия.**Бурное проявление недовольства, раздражения, гнева в ситуациях, которые с точки зрения больного не отвечают его интересам или ущемляют его права. Больные совершенно не учитывают последствий таких бурных эмоциональных проявлений, не могут правильно оценить себя и свои поступки, всегда находят им оправдания и считают себя правыми. Люди с этой формой психопатии легко вступают в конфликт с окружающими, иногда могут быть агрессивными. У них обычно сложные, конфликтные отношения с коллективом. Это в свою очередь становится стрессом для больного и усугубляет его состояние.

Вне ситуаций, вызывающих неадекватную эмоциональную реакцию, эти люди могут вести себя вполне обычно.

**Тормозимые психопатии.**В эту группу объединены психопатии с ведущими астеническими, психастеническими и шизоидными патохарактерологическими проявлениями.

У астенических психопатических личностей с детства наблюдаются повышенная робость, нерешительность, впечатлительность. Особенно застенчивыми они становятся в новой обстановке, среди малознакомых людей, где их не покидает чувство собственной неполноценности. Постоянным свойством является раздражительная слабость, выступающая в виде вспышек аффекта при любом непосильном напряжении. Фон настроения несколько угнетенный, с легко возникающей тревожностью, неуверенностью в себе при столкновении даже с незначительными трудностями.

**Паранойяльная психопатия.**Такая психопатия проявляется в склонности к появлению сверхценных идей, обычно какого-либо одного содержания (паранойяльные идеи). Это ревность, изобретательство, реформаторство. Психопатическая личность переоценивает свои способности и возможности, ей свойственна мыслительная медлительность, такие люди «тугодумы», как бы застревают на неприятных эмоциональных переживаниях, особенно на взаимоотношениях с окружающими людьми. Толчком для появления паранойяльных идей может стать какой-либо незначительный факт, которому больной придает несоизмеримо большее значение (супружеская неверность, важное изобретение). Человек полностью игнорирует все факты, противоречащие этой идее, не совпадающие с ней, но подбирает и переоценивает любые моменты, подтверждающие его мысль.

**Истерическая психопатия.**Истерическая психопатия проявляется прежде всего поведением, рассчитанным на внешний эффект, - театральностью, вычурностью, кокетством, приписыванием себе особых достоинств и качеств. Больной рассказывает о себе различные истории, где он играет героическую роль. Он легко может изменить свое поведение и в соответствующей обстановке становится подчеркнуто скромным, застенчивым, пытается вызвать к себе сочувствие, жалость. Все поведение, манера одеваться направлены на то, чтобы обратить на себя внимание, подчеркнуть свою значимость.

**Психастеническая психопатия**.Расстройство личности, в основе которого лежат тревожность и неуверенность в себе. Дети с психастенической психопатией отличаются исключительной застенчивостью, повышенной впечатлительностью, постоянной боязнью сделать что-нибудь не так. Эти черты сохраняются и у взрослых - они не уверены в себе, постоянно сомневаются в правильности своего поведения, прежде чем что-то сделать, мучительно размышляют о том, надо ли вообще это делать, а если надо, то смогут ли они, правильно ли будет с их стороны браться за это дело. Они испытывают большие трудности в общении с окружающими, особенно с незнакомыми людьми.

**Шизоидная психопатия.**При этом виде психопатии люди замкнуты, необщительны, очень трудно вступают в контакт с окружающими. В детстве они сторонятся сверстников, предпочитают играть в одиночестве в тихие и спокойные игры, никогда не делятся своими переживаниями, не могут найти общего языка с родителями, товарищами, учителями. Взрослые люди в основном сохраняют эти черты. Контакты с коллегами и друзьями обычно формальные. Шизоидные психопаты безразличны к окружающим, в том числе и к близким (родителям, родственникам).

**Судебно-психиатрическая экспертиза психопатий**

Такая экспертиза назначается довольно часто. В большинстве случаев это возбудимая, истерическая или паранойяльная форма психопатии. Между типом расстройства личности и совершенными правонарушениями прослеживается определенная корреляция. Так, лица с возбудимой и истерической психопатией чаще склонны к хулиганским действиям, а агрессивные целенаправленные поступки более свойственны лицам с паранойяльной формой психопатии. Как правило, психопаты, совершившие уголовно наказуемые деяния, признаются вменяемыми. Сложности у экспертной комиссии иногда возникают в оценке вменяемости лиц с паранойяльной формой психопатии, которую необходимо дифференцировать с проявлением так называемой сверхценной идеи, а также с паранойяльной формой шизофрении. Если удается установить паранойяльную форму психопатии, то правонарушитель признается вменяемым, если же доказано, что у больного имеет место сверхценная идея или он страдает шизофренией, то он невменяем. Установление дееспособности лиц с психопатией редко бывает поводом для судебно-психиатрической экспертизы. Трудности может представить экспертиза по поводу патологических влечений. Если патологическое влечение является единственным отклонением психики от нормы, человек признается вменяемым. Если патологическое влечение - лишь один из симптомов психического заболевания, заключение о вменяемости и дееспособности зависит от глубины изменения личности и выраженности других симптомов болезни.

**7. ЭПИЛЕПСИЯ**

Это психическое заболевание с судорожными или бессудорожными припадками, психозами, изменением личности вплоть до слабоумия. К эпилепсии приводят органические поражения головного мозга: родовая и послеродовая травма, кислородное голодание, пороки развития центральной нервной системы плода. Имеются 3 варианта течения болезни.

**Большой судорожный припадок (пароксизм).**Припадок типичен, имеет характерные признаки и фазы развития. За несколько часов, а иногда за несколько дней до припадка у больного появляются головная боль, нарушение сна, раздражительность. Это так называемый предприпадочный период. Часто за несколько секунд до пароксизма появляется аура, а затем внезапно больной теряет сознание, все его мышцы расслабляются и он падает. Тотчас же появляются судороги, которые длятся 2-3 мин. В эту фазу приступа в связи со спазмом мышц гортани у больного вырывается громкий крик, из-за спазма мышц мочевого пузыря происходит непроизвольное мочеиспускание, нередко больной прикусывает язык, в углах рта появляется пена. Припадок продолжается не более 5 мин и сменяется сном. Иногда вместо сна в постприпадочном состоянии появляется оглушенность, больной дезориентирован в окружающем, растерян, теряет голос, не может понять происходящее, возникает двигательное беспокойство. Больной не помнит о перенесенном припадке.

Частота припадков различна. Иногда это единичные случаи на протяжении жизни, иногда пароксизмы возникают несколько раз в сутки. Изредка припадки имеют вид серий, между ними почти нет промежутка. В таких случаях говорят об эпилептическом статусе, угрожающем жизни больного.

**Малый припадок.**Малый припадок возникает внезапно - больной на несколько секунд теряет сознание, но это не сопровождается падением и развитием судорог, лишь иногда наблюдаются подергивания отдельных мышц. У больного бессмысленный блуждающий взгляд, он застывает в одной позе и замолкает или повторяет одно и то же слово. Очнувшись, больной продолжает прерванную работу и не помнит о случившемся.

**Бессудорожные пароксизмальные приступы или психические эквиваленты** - кратковременные психические расстройства, возникающие самостоятельно, как бы вместо припадка. Так же как и припадки, эквиваленты возникают и кончаются внезапно, непродолжительны (хотя в отличие от припадков могут продолжаться часы и дни), обычно постоянны в своих клинических проявлениях у одного и того же больного. Психическим эквивалентам могут предшествовать неспецифические предвестники, в ряде случаев аура.

Дисфории - эпилептические расстройства настроения. Это наиболее частая форма психических эквивалентов. Состояния с пониженным настроением встречаются чаще, чем с повышенным. Депрессивное настроение при дисфориях чаще всего сопровождается тоской, тревогой, беспричинным страхом, сочетающимися со злобностью, подозрительностью, напряженностью, готовностью к разрушительным действиям, направленным обычно против окружающих. Нередко больные жалуются на неодолимое желание убить кого-нибудь из близких или покончить с собой. Дисфории могут сопровождаться неприятными, а порой и мучительными физическими ощущениями-сенестопатиями: боль в сердце, жжение в различных участках тела, чувство сжатия некоторых внутренних органов.

Состояния повышенного настроения обычно сопровождаются восторженностью, достигающей экстаза на высоте эпизода. Реже повышенное настроение имеет черты дурашливости с паясничаньем. На высоте аффективного расстройства может развиться помрачение сознания, что доказывают отрывочные воспоминания больного о происшедшем. В периоды дисфорий могут возникнуть непреодолимое стремление к бродяжничеству (дромомания, пориомания), запойное пьянство (дипсомания), больные совершают кражи (клептомания), поджоги (пиромания), сексуальные эксцессы.

**Сумеречные помрачения сознания** - самая частая форма расстройства сознания при эпилепсии, определяется дезориентировкой в месте, времени, собственной личности: сопровождается неправильным поведением. Больной не воспринимает окружающее, и оно не отражается на его поведении. Больной может совершать относительно сложные целенаправленные действия, но чаще это бывают отдельные автоматизированные движения. Речь или отсутствует, или бессвязная. Вступить в разговор с больным невозможно. Расстройства исчезают постепенно. При эпилепсии может развиться сомнамбулизм, или лунатизм. Встав с постели во время ночного сна, больные бесцельно ходят по комнате, выходят на улицу, могут забираться на крышу. На вопросы не отвечают, близких не узнают. Обычно больные сами через несколько минут ложатся и засыпают, порой в неподходящем месте, о бывшем припадке не помнят. У больных эпилепсией постепенно развиваются изменения личности. Медленно нарастают заторможенность, медлительность мышления. Речь многословна, но больной не может выделить главную мысль. Собственное «я» всегда в центре внимания. Эти особенности прогрессирующего изменения личности приводят в конце концов к слабоумию.

**Судебно-психиатрическая экспертиза эпилепсии**

При подозрении на эпилепсию необходимы стационарное обследование, длительное наблюдение в соответствующей клинике. Обвиняемые, больные эпилепсией, признаются невменяемыми и направляются на принудительное лечение. Если у больного еще нет выраженных изменений психики и правонарушение совершено им вне пароксизма, он может быть признан вменяемым на момент совершения преступления. Таким больным в дальнейшем во время отбывания срока наказания рекомендуется противоэпилептическое лечение с целью предупреждения повторных правонарушений уже в местах лишения свободы. Следует подчеркнуть, что больные эпилепсией не допускаются к работе с огнем и у огня, на высоте, около движущихся механизмов.

**8. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ТРАВМАХ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

Число черепно-мозговых травм прогрессивно увеличивается в результате многих причин - от резкого роста злоупотребления алкоголем и до военных действий в разных регионах страны. Выделяют открытые и закрытые черепно-мозговые травмы. Открытые повреждения могут быть проникающими, т.е. с повреждением мозга, и непроникающими. Большинство составляют закрытые черепно-мозговые травмы, к которым относятся ушиб и сотрясение мозга.

Часто черепно-мозговые травмы сопровождаются появлением психических расстройств, в развитии которых выделяют 4 периода: начальный; острый; период выздоровления (реконвалесценции); период отдаленных последствий.

Начальный период. Сразу после травмы большинство людей теряют сознание. Это состояние может затем смениться оглушенностью либо усугубляться до мозговой комы с утратой рефлексов и угрозой для жизни.

Острый период длится от 1 сут до 2 мес и более. В зависимости от тяжести травмы мозга сознание может выключаться на разное время - от нескольких секунд или минут до 2-3 сут. После возвращения сознания у пострадавшего наблюдаются различные неврологические проявления, иногда параличи, головная боль, заторможенность. Через 1-2 нед после травмы возможно развитие острых психозов. При ушибах мозга могут появляться эпилептиформные припадки. После тяжелой черепно-мозговой травмы развивается ретроградная амнезия.

В период выздоровления появляются симптомы психических расстройств, которые сохраняются и даже усугубляются в период отдаленных последствий. Иногда их объединяют термином «синдромы позднего периода». Они проявляются раздражительностью, слабостью, повышенной утомляемостью, головной болью, головокружением, неустойчивым настроением. В позднем периоде появляются различные формы психопатии, а также галлюцинаторно-бредовые и паранойяльные психозы. Иногда развиваются эпилепсия и посттравматическое слабоумие.

Выраженность этих психических расстройств зависит от тяжести черепно-мозговой травмы, ее особенностей, общего физического состояния потерпевшего и ряда других причин.

**Судебно-психиатрическая экспертиза**

Судебно-психиатрическая экспертиза перенесшего черепно-мозговую травму зависит от выраженности психических расстройств. Большинство обвиняемых осознают общественную опасность своих деяний в момент их совершения, могут управлять своими действиями и потому признаются вменяемыми. Однако если у обвиняемого выявляются помрачение сознания, бред, галлюцинаторные и паранойяльные психозы, а также выраженное посттравматическое слабоумие, больные, как правило, признаются невменяемыми. По решению суда они направляются на принудительное лечение в психиатрические больницы.

У больных с посттравматическими изменениями психики часто развивается астенический синдром с неустойчивостью психического состояния. Психогенные расстройства могут быть реакцией на арест, следствие, заседание суда, условия отбывания наказания. Если эти расстройства выражены значительно, экспертная комиссия может рекомендовать временное прекращение следственно-судебных действий, направление обвиняемого в психиатрическую больницу для принудительного лечения. После его выхода из болезненного состояния могут быть продолжены судебно-следственные действия или отбывание уже назначенного наказания. Дееспособность людей с посттравматическими нарушениями психики определяют в соответствии с выраженностью психических расстройств. Если у подэкспертного выражено посттравматическое слабоумие или затяжной тяжелый психоз, то его признают недееспособным, а совершенные им гражданские акты недействительными.

**9. ОЛИГОФРЕНИИ**

**Олигофрения (слабоумие**) - это интеллектуальное недоразвитие, обусловленное повреждением мозга во время родов или на 1-м году жизни, а также врожденными и наследственными дефектами развития. Эти повреждения могут быть связаны с генетическими нарушениями у родителей (различными хромосомными аномалиями), передающимися потомству в виде болезни Дауна, микроцефалии («маленький мозг»). Формирование головного мозга во внутриутробном периоде нарушается и под влиянием различных вредностей - алкоголя, наркотиков, микробных и вирусных токсинов. Олигофрения может развиваться после органических повреждений мозга в результате родовой травмы, нейроинфекций и черепно-мозговой травмы на 1-м году жизни, когда еще не закончено формирование мозга.

Психические расстройства при олигофрениях заключаются в недоразвитии психики и в недостаточности интеллекта. Дети с олигофренией отстают в развитии, очень поздно начинают говорить, ходить (с 3-5 лет), их движения недостаточно координированы, мимика однообразна. Общее телосложение непропорционально - голова либо слишком маленькая, либо очень большая. Резко нарушено мышление, преобладают низшие эмоции на уровне инстинктов. Больные не способны к какой-либо целенаправленной деятельности. Все эти нарушения сохраняются в течение всей жизни. Выделяют 3 степени психического недоразвития: идиотию, имбецильность, дебильность.

**Дебильность-**легкая степень олигофрении. Мышление больных примитивное, конкретное, они не способны оперировать абстрактными представлениями, интеллект снижен. Вместе с тем дебилам под силу простейшие обобщения, нередко они имеют хорошую механическую память и большой запас слов, хотя речь все равно остается бедной и однообразной. Эти больные способны освоить курс начальной школы или специальной школы для умственно отсталых. Они неплохо ориентируются в бытовых ситуациях, могут обслуживать себя и способны к несложной работе. Обычно дебилы вступают в брак. Этим больным свойственны недостаточное самообладание, неспособность к управлению своими влечениями, повышенная внушаемость, в результате чего дебилы нередко подпадают под чужое влияние и совершают криминальные поступки по постороннему научению.

**Имбецильность** - средняя степень слабоумия. Имбецилы могут говорить, употребляя 20-30 слов, иногда даже произносят короткие фразы. Мышление очень конкретно, больные способны к механическому запоминанию, но без понимания смысла того, что запомнили. Иногда они овладевают элементарными арифметическими действиями - сложением и вычитанием в пределах нескольких единиц. Суждения очень бедны, несамостоятельны, обычно больные копируют суждения окружающих. Имбецилы усваивают элементарные навыки самообслуживания, иногда простейшие трудовые приемы - могут, например, забить молотком гвоздь, распилить доску. Самостоятельно жить они не могут и нуждаются в постоянной опеке. Эмоции у имбецилов элементарны - смех, радость, плач, гнев. В обычных обстоятельствах больные теряются, они застенчивы. Вместе с тем у этих больных отмечаются злопамятность, обидчивость, иногда злобность и агрессивность. В период полового созревания нередко появляются психомоторное возбуждение и эротическое влечение к матери, сестре, соседке (если имбецил мужчина) или к отцу, брату (если имбецильностью страдает женщина). Могут быть попытки изнасилования, в том числе детей или престарелых, обычно сопровождающиеся избиением жертв. Больные не осознают общественную опасность своих деяний.

**Идиотия** - это наиболее тяжелая форма олигофрении, при которой либо полностью отсутствует реакция на окружающее, либо она неадекватна. Больные почти не могут говорить, обращенную к ним речь воспринимают с большим трудом, обычно не понимают ее смысл, улавливая только интонацию. Идиоты реагируют нечленораздельными звуками лишь на голод, холод или боль. Они не могут себя обслуживать и нуждаются в постоянном уходе. Обычно эмоции у таких больных не выражены, но тем не менее нередко появляются приступы злобы, гнева, которые могут проявиться в агрессии по отношению к окружающим или к самим себе. Наряду с психическими нарушениями у идиотов часты неврологические поражения - параличи, судорожные припадки. Эта форма олигофрении не поддается терапевтическому воздействию.

**Судебно-психиатрическая оценка олигофрении**

Судебно-психиатрическая оценка пациентов с идиотией и имбецильностью обычно не вызывает затруднений. Эти больные признаются невменяемыми и недееспособными. Значительно сложнее оценить с этих позиций дебильность, так как далеко не всегда дебил действительно не осознает общественную опасность своих действий (или бездействия). Иногда дебилы способны к аггравации своего психического состояния, пытаются создать впечатление более глубокого слабоумия, чем на самом деле. Это указывает на достаточно высокий уровень их мышления. Экспертное заключение о вменяемости может быть различным в зависимости от психического состояния конкретного больного и характера совершенного им правонарушения. Более того, иногда один и тот же больной может быть признан вменяемым по одним правонарушениям и невменяемым по другим.

При олигофрении в форме идиотии, имбецильности и глубокой дебильности подэкспертные признаются недееспособными. Больные с более легкой дебильностью дееспособны. Теми же принципами и признаками руководствуются эксперты при судебно-психиатрической оценке свидетелей и потерпевших с олигофренией.

**10. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ**

Психические заболевания в предстарческом и старческом возрасте в последние годы стали предметом интенсивного и всестороннего изучения. Предстарческим считают возраст 55-75 лет, а старческим - старше 76 лет. Более половины больных с психическими расстройствами в результате органических поражений мозга составляют люди старческого и предстарческого возраста. Психические расстройства, обусловленные возрастом, можно условно разделить на психические нарушения, в основе которых лежат изменения обмена веществ в мозге с нарушением всех его функций, прежде всего мыслительной деятельности, и психические нарушения, вызванные заболеванием сосудов головного мозга и связанным с этим поражением ткани центральной нервной системы. По статистическим данным, средняя продолжительность жизни людей значительно возросла и увеличилось число пожилых людей в обществе. Психические отклонения наблюдаются у 30-35% людей старше 65 лет, а старческие психозы с выраженными нарушениями психики - у 3-5%.

Наряду со специальным изучением клиники психических расстройств у лиц предстарческого и старческого возраста в последние годы много внимания уделяют роли различных факторов в возникновении психических нарушений у таких лиц и условиям, способствующим их социальной реабилитации. Хотя основная программа старения заложена в генетических механизмах, на выполнение этой программы влияют многочисленные внешние факторы.

Нарушения психики, развивающиеся по мере старения, весьма индивидуальны. Вместе с тем можно наблюдать определенную динамику ослабления функций мозга по мере старения. Сравнительно рано утрачивается яркость воображения, ухудшается способность к быстрому переключению внимания. Затем начинает прогрессивно ухудшаться память, решение интеллектуальных задач требует большего времени. Изменяются эмоции - появляются смутное чувство тревоги, пессимизм. Расстройства психики у лиц пожилого и старческого возраста могут проявляться в виде пограничных состояний или в виде слабоумия, психозов, бреда.

**Пограничные состояния**включают в себя неврозоподобные состояния, расстройства поведения и эмоций, а также изменение личности. Неврозоподобные расстройства проявляются в нарушении сна, неустойчивости настроения, раздражительности, беспокойстве о близких, тревоге за свое здоровье. Появляются мнительность, боязнь (фобии) заболеть неизлечимым заболеванием, например раком (канцерофобия), инфарктом миокарда (кардиофобия). Изменения личности заключаются в том, что свойственные человеку особенности характера как бы усиливаются и переходят в новое качество. Так, недоверчивость переходит в подозрительность, бережливость - в скаредность, настойчивость - в упрямство. Новая информация усваивается с трудом. Нарушается память на текущие события, снижается критика к своим поступкам и происходящим вокруг изменениям. По мере старения все эти нарушения могут нарастать, память может почти полностью разрушиться, интеллектуальные способности снижаются вплоть до развития слабоумия, в эмоциях преобладают слезливость, апатия, ворчливость.

**Старческое слабоумие (деменция)**связано прежде всего с прогрессирующим атеросклерозом сосудов мозга. По мере прогрессирования изменений сосудов и атрофии ткани центральной нервной системы нарастают психические расстройства. Появляются и усиливаются раздражительность, ворчливость, упрямство наряду с внушаемостью и доверчивостью. Особенно прогрессирует снижение памяти, нарастает слабоумие. Постепенно могут формироваться бредовые идеи ограбления, разорения, обнищания. Пробелы в памяти возмещаются ложными воспоминаниями о событиях, которых не было. Вместе с тем больной может, выйдя на улицу, забыть, где находится его дом, блуждает в его поисках. Наряду с выраженным снижением мыслительной способности и понимания окружающего хорошо сохраняются привычки, навыки, основные формы поведения. Иногда наблюдается расторможенность инстинктов, и у старых людей появляется гиперсексуальность в виде ревности, попыток развратных действий в отношении несовершеннолетних. Может развиться неукротимый аппетит. В далеко зашедших случаях старческого слабоумия на почве атеросклероза сосудов мозга у больных могут появиться психозы - депрессивные, параноидные, иногда с галлюцинациями, временным помрачением сознания.

При развитии параноидного синдрома больные замкнуты, подозрительны и мнительны, часто высказывают бредовые идеи преследования, отравления, ущерба (окружающие всё крадут). Все это сочетается со вспышками злобной раздражительности вплоть до агрессии. В этом состоянии больные могут совершать общественно опасные действия. Реже при старческих психозах наблюдаются депрессия, тоска, самообвинение. Эти симптомы сочетаются с жалобами на головную боль, шум и звон в ушах, головокружение. Течение старческого слабоумия волнообразно, т.е. периоды обострения могут сменяться периодами некоторого благополучия. Это касается и интенсивности сенильных (старческих) психозов. Однако в целом старческое слабоумие может только прогрессировать, хотя и с различной скоростью.

**Болезнь Альцгеймера** далеко не редкость у людей старше 60 лет с психическими расстройствами. Полагают, что около половины всех пожилых и престарелых со слабоумием больны болезнью Альцгеймера. Ее причины не совсем ясны, хотя в последние годы было установлено, что развитие этого заболевания связано с наследственностью. Болезнь Альцгеймера прогрессирует, но скорость прогрессирования весьма индивидуальна. Болезнь может длиться от нескольких месяцев до 12 лет. Женщины болеют в 3 раза чаще мужчин.

При болезни Альцгеймера нарастает потеря памяти и развивается тотальное слабоумие. В начале заболевания наряду с быстрым ухудшением памяти появляются слезливость, раздражительность, депрессия. Вскоре присоединяется дезориентация в пространстве - больные не могут найти выход из комнаты, будучи на улице, не могут найти свой дом, подъезд, квартиру. Прогрессирует и слабоумие - поведение больных становится нелепым, они теряют бытовые навыки, их движения становятся бессмысленными. Появляются расстройства речи, иногда эпилептиформные припадки. Психические расстройства проявляются в виде бреда преследования, отравления, ограбления, слуховых или зрительных галлюцинаций, в психомоторном возбуждении, обычно ночью, временами в помрачении сознания. По мере прогрессирования болезни Альцгеймера присоединяются симптомы соматических болезней - воспаления легких, нарушения сердечной деятельности и др. Болезнь Альцгеймера неизлечима.

**Болезнь Пика** встречается значительно реже,чем болезнь Альцгеймера. Она нередко начинается псевдопаралитическим синдромом (преимущественно при поражении лобных долей головного мозга) или изменениями личности в виде эмоционального снижения, психической и моторной аспонтанности. Критика сильно нарушается при относительно длительной сохранности формальных знаний, навыков и памяти.При распаде экспрессивной речи возникают особые речевые стереотипии, эхолалия, на отдаленных этапах болезни - апрактические нарушения.

Продуктивные психотические расстройства при болезни Альцгеймера и болезни Пика довольно редки. Психотические эпизоды (делириозные или аментивные) сочетаются со злокачественным течением болезни.

**Судебно-психиатрическая экспертиза**

Люди пожилого и старческого возраста значительно реже совершают преступления по сравнению с более молодыми людьми. Однако половые преступления, особенно против маленьких детей, совершенные престарелыми, не представляют собой исключительной редкости. Разумеется, иногда приходится иметь дело и с другими преступлениями, в том числе убийствами, воровством, причинением вреда здоровью, совершенными пожилыми и престарелыми. Во всех таких ситуациях, так же как и в тех случаях, когда старые люди совершают поступки, относящиеся к гражданским делам, проводится судебно-психиатрическая экспертиза. Лица с явлениями выраженного слабоумия или совершившие преступления в период психоза признаются невменяемыми и недееспособными, так же как и страдающие болезнью Альцгеймера. Лишь немногие из них - злобные, с бредовыми идеями, возбудимые - могут быть направлены на принудительное лечение. Большинство престарелых больных, совершивших нетяжкие преступления, в поведении которых преобладают вялость, незначительная активность, могут быть направлены в психиатрические больницы общего типа. Атеросклеротическое слабоумие, развившееся после осуждения престарелого, служит основанием для освобождения его от дальнейшего отбывания наказания.

Люди пожилого и старческого возраста с психопатоподобными явлениями (раздражительностью, вспыльчивостью), неглубокой депрессией, неврозами способны сознавать общественную опасность своих действий и признаются вменяемыми. Определение дееспособности людей с сосудистыми поражениями головного мозга, особенно в связи с волнообразностью течения заболевания, представляет большие трудности, особенно после смерти лица, оставившего завещание либо какой-нибудь другой юридический акт. В этом случае заключение выносится на основании ретроспективного изучения медицинских документов, показаний свидетелей и др. Если обследуемый жив и снижение его интеллекта, памяти и других психических нарушений не препятствует критической оценке им своих поступков, он признается дееспособным.

**11. ШИЗОФРЕНИЯ**

Хроническое психическое заболевание с типичными изменениями личности и другими психическими расстройствами, приводящими к стойким нарушениям социальной адаптации и трудоспособности. Заболевание имеет несколько форм. Комплекс общих проявлений болезни проявляется в потере больными контактов с окружающими людьми, в нарастании замкнутости, отчужденности, утрате интереса к окружающему и к какой-либо деятельности. Прогрессируют нарушения мышления в виде остановки мыслей или, наоборот, неуправляемого потока мыслей, появлении так называемых эхо-мыслей, параллельных мыслей. При далеко зашедшей болезни речь и мысли больного утрачивают логику, наблюдаются соскальзывание мыслей и речевая разорванность.

Нарушения в эмоциональной сфере начинаются с утраты привязанности к близким и сострадания, больной становится замкнутым и безразличным, холодным эгоистом. Со временем пропадает интерес к любимому занятию, к работе. Появляются странности в поведении, необычные поступки. По мере прогрессирования заболевания больной становится неряшливым, неопрятным, не соблюдает правил личной гигиены. Довольно рано у него появляются зрительные, слуховые, обонятельные галлюцинации, а также различные формы бреда. Бред физического воздействия сочетается с псевдогаллюцинациями, не связанными с реальным объектом. Они видятся «мысленно», «внутренним оком». Бред и псевдогаллюцинации больной воспринимает как реальность. В этом состоянии больные способны совершать тяжкие преступления вплоть до немотивированного убийства. Одним из проявлений нарушения двигательной деятельности при шизофрении является кататонический синдром в виде либо ступора, либо возбуждения.

Течение шизофрении может быть быстрым (злокачественным), и через 3-5 лет после начала заболевания наступают тяжелые изменения личности: слабоумие с выраженной апатией, бредовыми идеями, галлюцинациями, бессмысленной речью при грамматически правильном построении. Более характерно приступообразное течение шизофрении, когда ухудшение состояния сменяется его улучшением. Однако по мере нарастания числа приступов изменения личности больного прогрессируют.

Выделяют несколько форм шизофрении, которые различаются в основном тяжестью и некоторыми особенностями психических изменений. Вместе с тем выделяют несколько психических расстройств, имеющих генетическую общность с шизофренией, но тем не менее отличающихся от нее. К таким расстройствам относят шизотипическое расстройство, паранойю, инволюционный, реактивный и индуцированный параноиды.

**Шизотипическое расстройство (вялотекущая шизофрения).**Больным свойственны странности поведения, некоторая эксцентричность, психопатические проявления типа истерических, астенических приступов, навязчивых идей. Постепенно нарастают изменения личности в виде эмоциональных нарушений (черствость, иногда враждебность к близким, немотивированные смены настроения). Появляется склонность к самоанализу, копанию в самом себе или к решению глобальных. По мере прогрессирования заболевания эти симптомы усиливаются. Может, например, появляться стойкий бред ревности у больного без выраженных других психических отклонений. Исходы шизотипического расстройства в целом благоприятны. Больные сохраняют трудоспособность, хотя и считаются людьми со странностями.

**Паранойя.**Стойкий однообразный бред без смены ухудшения и улучшения. Тема бреда однообразна - ревность, преследование, бредовые (ложные) убеждения в наличии какого-нибудь уродства, физического недостатка. Выделяют 3 формы паранойи.

**Инволюционный параноид**часто возникает у женщин. На фоне тревожно-подавленного настроения развивается бредовая идея, обычно идея угрозы благополучию или здоровью больных или их близких. Бред не фантастический, он вполне конкретен. Например, больная может быть убеждена, что соседи хотят ее выжить из квартиры, в ее отсутствие проникают к ней в жилище, воруют продукты, портят вещи, переставляют мебель, может утверждать, что ей подкладывают чужие вещи с целью обвинить ее в воровстве. Иногда высказывания больных выглядят вполне правдоподобными, больные или их родственники обращаются в милицию или в другие административные органы. По жалобам нередко начинается расследование.

Бредовые переживания очень стойки, выздоровления не наступает, хотя могут быть периоды ослабления болезненных явлений. Постепенно изменяется личность больного - круг его интересов становится очень узким, часто он замыкается на своих переживаниях, нарастают тревожность, подозрительность, усиливается бред.

**Реактивный параноид** заключается в ложных, болезненных оценках реальных фактов и событий. Суждения отражают сверхценные идеи. Например, санитарный врач, вынесший постановление о закрытии коммерческого предприятия за некачественное производство продуктов питания, начинает везде высказывать опасения, что его за это преследуют, хотят убить, ведут за ним слежку, уже назначили плату за его убийство. Реактивные параноиды могут проходить, если разрешается психотравмирующая ситуация, но значительно чаще они сохраняются годами.

**Индуцированный параноид -**это форма бреда, который возникает у внушаемых, инфантильных людей под влиянием каких-то психогенных воздействий, но не обязательно исходящих от другого лица. Человек как бы навязывает свои бредовые идеи другому лицу, убежден в том, что один из близких ему людей или товарищей по работе думает о нем и хочет поступить с ним именно таким образом, как это представляется больному, и он ничего не может с этим поделать. Этот бред нестоек.

**12. ОСТРЫЕ И ТРАНЗИТОРНЫЕ ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА**

Это неожиданно развивающиеся транзиторные, т.е. проходящие, приступы психических нарушений различной продолжительности - от нескольких минут до нескольких недель. Они могут быть без симптомов шизофрении, с симптомами, похожими на шизофрению, и с признаками истинной шизофрении. Если приступ с признаками шизофрении длится более 1 мес, обычно диагностируют шизофрению.

Психотический приступ начинается внезапно у человека любого возраста. В течение жизни может быть от 1 до 4 приступов и более, но каждый из них провоцируется каким-нибудь внешним раздражением. У больного появляется бред, кататонические расстройства. Психотические приступы не меняют в принципе личность больного, но, если они появляются часто, могут произойти некоторые отклонения в характере и мыслительных способностях. Например, такой больной может отличаться повышенной трудоспособностью, но при этом снижается эффективность труда. Больные понимают свое состояние и четко определяют, когда они здоровы, а когда у них начинается психотический приступ. Однако нередко у них развивается депрессия с суицидальными мыслями и даже попытками самоубийства.

**Судебно-психиатрическая экспертиза шизофрении и бредовых расстройств**

Больные шизофренией, пациенты со стойкими бредовыми состояниями в виде шизотипического расстройства, паранойи, инволюционного, реактивного и индуцированного параноидов, а также с острыми психотическими расстройствами наиболее часто становятся объектом судебно-психиатрической экспертизы как в уголовных, так и в гражданских делах. Под влиянием галлюцинаторных и бредовых переживаний, особенно имеющих форму приказаний, они могут совершать убийства, наносить вред здоровью и совершать другие общественно опасные деяния против личности (нападать или защищаться от преследований, устранять людей, «мешающих их открытиям»).

При некоторых формах бреда больные могут покушаться на жизнь врачей, считая, что те умышленно держат их в психиатрической больнице или не только не хотят избавить от болезни, но наоборот, пытаются навредить им и даже убить. Больные с острыми психотическими состояниями также могут совершать немотивированные общественно опасные деяния. Некоторые больные шизофренией становятся участниками криминальных групп, могут быть агрессивными в отношении близких или друзей, коллег.

Больные шизофренией, со стойкими бредовыми идеями, острыми психотическими состояниями признаются невменяемыми в момент совершения преступления, так как не способны осознавать характер и общественную опасность совершаемых ими действий и руководить ими. Таких больных направляют на принудительное лечение. Однако если больной шизофренией совершил преступление в период стойкой ремиссии без изменения личности или с нерезким изменением, он может быть признан вменяемым.

Обычно большие трудности возникают при определении вменяемости и ответственности больных вялотекущей шизофренией (шизотипическим расстройством), основными критериями которой часто являются странность поведения и своеобразие мышления, а также умеренная неадекватность реакции на окружающее. Определение этих критериев весьма расплывчато, во многом зависит от морально-нравственных представлений эксперта, которому может показаться странной и неадекватной реакция обследуемого, например, на решения и поступки правительства, его оценка действий Президента страны. Судебно-психиатрическая экспертиза при решении вопроса о вменяемости больных вялотекущей шизофренией должна принимать во внимание весь комплекс умеренно выраженных нарушений психики - снижение способности осознавать последствия своих действий, ослабление волевого контроля за своими поступками, реальную социальную опасность действий. В зависимости от такой комплексной оценки экспертов возможны снижение меры наказания и назначение принудительного лечения.

Оценка дееспособности больных шизофренией, лиц с острыми и хроническими психическими расстройствами определяется способностью больного понимать (или не понимать) значение своих действий и руководить ими. Гражданские акты, совершенные в психотическом состоянии, признаются недействительными и не имеют юридической силы. Вопрос о дееспособности больных решается неоднозначно, так как нередко при отчетливых психических расстройствах они сохраняют трудоспособность, бытовые навыки, продолжают работать и поддерживают семейные отношения.

**13. МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ**

Психическое заболевание, протекающее в форме сменяющих друг друга депрессивных и маниакальных фаз, между которыми признаков психического расстройства нет. Болезнь протекает циклически и поэтому носит еще одно название - «циклофрения». Распространенность маниакально-депрессивного психоза составляет в среднем 1 на 5000-10 000 населения. Средний возраст заболевших 35-40 лет, чаще болеют женщины.

Маниакально-депрессивный психоз обычно возникает без видимой причины, но иногда он развивается после психических травм, глубоких переживаний, тяжелых инфекционных заболеваний. Приступ может начаться как с депрессивного, так и с маниакального состояния.

Чаще у больного возникает депрессия - появляются угнетенное настроение, гнетущая тоска, которую он ощущает в виде сжатия, давления в области сердца. Замедляется течение мыслей, становится трудно воспринимать и особенно понимать окружающую обстановку и события. У больных тоскливое выражение лица, они говорят медленно, без эмоциональной окраски, движения их также замедлены, причем иногда до степени ступора. Однако при этом больные всегда отвечают на вопросы, хотя и односложно. Эти наиболее яркие проявления болезни - чувство тоски, замедленность психических процессов и заторможенность двигательных реакций составляют триаду основных признаков депрессии. Больных особенно угнетает то, что им становятся безразличны их родные и близкие.

Депрессия сочетается с другими расстройствами психики. События из жизни, собственные поступки больные видят исключительно в мрачных тонах, на этом фоне могут появляться бредовые идеи самообвинения, самоуничижения. Больные слышат осуждающие их голоса. Все эти психические нарушения особенно интенсивны в утренние часы и ослабевают к вечеру. Возможна атипичная депрессия: чувство тревоги, ожидание катастрофы сопровождаются не заторможенностью, а наоборот, двигательным возбуждением. Больные мечутся, плачут, молят о помощи, иногда пытаются у всех на глазах совершить самоубийство.

Приступ депрессии может переходить в маниакальное состояние, либо между ними имеется какой-то промежуток времени. Маниакальное состояние проявляется повышенным настроением, необычным и неадекватным весельем, ускоренным течением мыслей, повышенной двигательной активностью. Повышенное настроение, ускорение мыслительных процессов и высокая двигательная активность составляют триаду признаков маниакального состояния. Больные очень деятельны, делают ненужную работу, все время отвлекаются, бросают начатое дело, потом возвращаются к нему и снова бросают. Самооценка завышена, они считают себя гениальными или талантливыми людьми, способными на необыкновенные дела и поступки. Иногда это переходит в манию величия, изобретательства или реформаторства. Больные весьма работоспособны, могут зарабатывать деньги, но тратят их совершенно нерационально, любят делать подарки посторонним людям, делают большие долги и т.д. Нередко у таких больных возникает сексуальная расторможенность и они могут совершать развратные действия, изнасилования, склонны к эксгибиционизму. Иногда женщины в состоянии маниакально-депрессивного психоза сами становятся жертвами изнасилования, совершения развратных действий и т.п. Часто у больных повышается склонность к употреблению спиртных напитков. При атипичной форме маниакального состояния на фоне высокой психической и двигательной активности больные не веселы, а раздражительны, легко впадают в гнев, иногда агрессивны.

Продолжительность приступов от 1 нед до нескольких месяцев. Обычно приступ заканчивается нормализацией психического состояния, но через некоторое время повторяется вновь. Течение маниакально-депрессивного психоза различно. Обычно развивается как депрессивный, так и маниакальный приступ, но возможно появление только депрессивных или только маниакальных приступов. Наконец, при неблагоприятном течении депрессия переходит в маниакальное состояние без какого-либо светлого промежутка.

Аффективные расстройства могут проявляться умеренной депрессией - субдепрессией и умеренно выраженным маниакальным состоянием - гипоманией (от греч. гипо - сниженный, уменьшенный). При субдепрессии (от лат. суб - под, внизу, ниже) у больных возникают подавленное настроение, повышенная утомляемость, безрадостность, они почти не могут на чем-то сосредоточиться. Иногда появляются легкие сенестопатии, физический дискомфорт, но никогда нет бреда, сверхценных идей и т.п. При гипомании отмечаются умеренное повышение психомоторной активности, стойкое хорошее настроение. Больные жизнерадостны, высоко оценивают себя и свои возможности, очень деятельны и их деятельность продуктивна, они успешно выполняют свою работу.

Маниакально-депрессивный психоз может протекать в легкой форме со сменой приступов субдепрессии и гипомании. Эта форма болезни получила название циклотимии. Обычно в начале заболевания циклотимией более типичны маниакальные приступы. Затем они становятся реже и начинают преобладать приступы субдепрессии. Короткие в начале болезни приступы постепенно удлиняются, соответственно светлые межприступные промежутки становятся все короче. Эти промежутки носят название интермиссии, они характерны именно для маниакально-депрессивного психоза. В интермиссии у больного нет признаков психопатологических расстройств, он остается таким же, каким был до болезни. Вместе с тем в период обострения маниакально-депрессивного психоза больные нуждаются в постоянном наблюдении.

**Судебно-психиатрическая экспертиза аффективных психозов**

Причиной проведения судебно-психиатрической экспертизы могут быть общественно опасные деяния, которые совершают больные аффективными психозами в состоянии депрессии, инволюционной меланхолии или в маниакальном состоянии. Это могут быть убийства, иногда расширенные, причинение вреда здоровью, изнасилование и другие сексуальные эксцессы. Иногда больные выступают в качестве потерпевших, когда их болезненное состояние используется с целью изнасилования, развратных действий.

Судебно-психиатрическая экспертиза в период болезненного приступа не представляет особых затруднений и освидетельствуемый признается невменяемым. В периоде интермиссии больной вменяем. Если светлые промежутки между приступами очень короткие, то больных признают невменяемыми и рекомендуют направить на принудительное лечение в психиатрическую больницу.

При неглубоких аффективных расстройствах больные могут быть признаны вменяемыми.

В гражданских делах экспертам обычно приходится решать вопрос о психическом состоянии больных, находящихся в маниакальном состоянии. В связи с обусловленной болезнью расторможенностью, повышенной деятельностью, сверхвысокой самооценкой больные могут заключать различные сделки, производить обмен или продажу квартиры, вступать в брак и т.п. Если эти акты были совершены в состоянии болезненного приступа, то выносится экспертное заключение о признании гражданского акта или сделки недействительной.

Источник: <https://superinf.ru/view_helpstud.php?id=268>