

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«СЕВЕРО-КАВКАЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АКАДЕМИЯ»

ЮРИДИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

А.Х. Бабоев

# СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Курс лекций для обучающихся очной и заочной форм обучения  
всех направлений подготовки 40.03.01 Юриспруденция

Черкесск, 2023

УДК 340.63  
ББК 56.148  
Б12

Рассмотрено на заседании кафедры «Уголовное право и процесс».  
Протокол № 1 от «02» сентября 2022 г.  
Рекомендовано к изданию редакционно-издательским советом СКГА.  
Протокол № 24 от «26» сентября 2022 г.

**Рецензенты:**

Чочуева З.А. – к.ю.н., доцент кафедры «Уголовное право и процесс»  
Юридического института федерального государственного бюджетного  
учреждения высшего образования «СКГА».

**Б12**      **Бабоев, А.Х.** Судебная психиатрия: курс лекций для обучающихся  
очной и заочной форм обучения всех направлений подготовки 40.03.01  
«Юриспруденция» / А.Х. Бабоев. – Черкесск: БИЦ СКГА, 2023. – 60с.

Учебно-методические материалы подготовлены с целью подготовки  
обучающихся по дисциплине «Судебная медицина и психиатрия».  
Рекомендуется для обучающихся в юридических учебных заведениях.

**УДК 340.63**  
**ББК .56.148**

© Бабоев А.Х., 2023  
© ФГБОУ ВО СКГА, 2023

## СОДЕРЖАНИЕ

Лекция 1. Предмет и задачи судебной психиатрии	4
Лекция 2. Вопросы вменяемости при судебно-психиатрической экспертизе	6
Лекция 3. Основы общей психопатологии. Классификация психических заболеваний	11
Лекция 4. Судебная психиатрия. Основные синдромы психических болезней	19
Лекция 5. Отдельные формы психических заболеваний и их судебно-психиатрическая оценка	25
Лекция 6. Эпилепсия	29
Лекция 7. Маниакально-депрессивный психоз	33
Лекция 8. Травматические повреждения головного мозга	37
Лекция 9. Инфекционные, воспалительные, сосудистые, возрастные заболевания головного мозга и симптоматические психозы	40
Лекция 10. Олигофрении (врожденное слабоумие), психопатии, реактивные состояния	48
Список рекомендуемой литературы и источников	57

## ЛЕКЦИЯ 1.

**Вводная лекция.** Предмет и задачи судебной психиатрии.

**Судебная психиатрия**-отрасль медицинской науки-психиатрии, имеющая самостоятельные задачи. Общая психиатрия посвящена изучению характера и причин психических заболеваний, с целью предупреждения и лечения психических расстройств. Для судебной психиатрии сохранены те же цели, но главной задачей при этом является изучение психических расстройств в их специальном отношении к определенным вопросам уголовного и гражданского права и процесса.

Круг вопросов, изучаемых судебной психиатрией – это практические задачи, к которым относятся: экспертные освидетельствования и дача заключения о вменяемости и невменяемости лиц, привлекаемых к уголовной ответственности и вызывающих сомнение в их психическом здоровье у органов следствия и суда, об их психическом состоянии на период проведения СПЭ;

Предупреждение общественно опасных действий психических больных, в том числе путем применения принудительных мер медицинского характера;

Освидетельствование и дача заключения по вопросу дееспособности у лиц, вызывающих сомнение у суда в гражданском процессе;

Определение в некоторых случаях психического состояния свидетелей и потерпевших.

К области СПЭ также относится определение психического состояния лиц, с признаками психического расстройства в период отбывания наказания и дача заключения о необходимых мерах медицинского характера в отношении этих лиц.

В условиях СП-клиники встречаются редкие случаи расстройств в виде кратковременных психических расстройств- патологическое опьянение, патологические просоночные состояния, патологический аффект, которые необходимо диагностировать либо отвергать на период совершения деяния. Также нужно указать на различные ворсы аггравации (преувеличения) и симуляции, часто встречающиеся в СПЭ. Расстройства психики могут быть обусловлены не только болезненными расстройствами психики, но и быть связаны социально-бытовыми факторами (поведение в быту, в период военной службы, в экстремальных условиях работы и т.д.)

Заключение СПЭ без достаточных знаний психиатрии малодоступно для работников судебно-следственных органов, независимо от четкости изложения текста заключения, (пример). Критика фрейдизма в медицинских школах советского периода в настоящее время пересматривается. Неофрейдизм утверждает, что эмоциональные влечения, импульсы, потребности и желания являются движущими силами трактовки преступлений (пример- массовое убийство норвежского стрелка Брейвика на острове с нацистскими лозунгами).

## **Процессуальные формы и виды судебно-психиатрических экспертиз в РФ: амбулаторная СПЭ, стационарная СПЭ (не менее 30 суток наблюдение), заочная СПЭ, посмертная СПЭ.**

Процессуально могут назначаться повторные, дополнительные. Все СПЭ проводятся с участием нескольких врачей психиатров-экспертов, что изначально определяет её комиссионный состав. В последнее время часто назначаются психолого-психиатрические СПЭ (с участием специалиста психолога, который может не иметь медицинского образования), проводящего специфические методы исследования (тестирование и т.п.), дает ответы на узко-специфические вопросы, при этом его часть заключения входит в общее заключение СПЭ.

Меры принудительного характера предусматривают: лечение в условиях психбольниц общего или специального типа; лечение на общих основаниях (как и всех других психических больных); передача на попечение родственникам или опекунам с обязательным врачебным наблюдением в психиатрическом диспансере. Особые состояния психически больных с бредовыми проявлениями (склонность к убийству, самоубийству и другим опасным действиям) дает право госпитализировать и без решения суда и желания родственников.

Правом назначения СПЭ обладает орган дознания, следствия, прокурор, судебный орган (в рамках уголовного или гражданского дел); ходатайство о назначении СПЭ могут вносить кроме указанных: обвиняемый, потерпевший, их родственники, адвокат с момента его участия в данном деле, ответчик, истец, и их представители. Обоснование о назначении СПЭ должно быть мотивированным и юридически обоснованным.

СПЭ в психиатрических учреждениях РФ (государственные бюджетные учреждения здравоохранения) – диспансеры, стационарные психиатрические больницы, проводят врачи с высшим медицинским образованием, имеющие специальную подготовку в области психиатрии, подготовку в области судебной психиатрии, а также клинические психологи, психологи. В номенклатуре врачебных должностей медицинских работников в настоящее время существует понятие – судебно-психиатрический эксперт.

### **Примерные вопросы для назначения судебно-психиатрической экспертизы:**

1. Не страдал ли обвиняемый (подозреваемый, потерпевший, истец и т.д.) психическим заболеванием в момент совершения правонарушения (сделки и т.д.) и не страдает ли им в настоящее время, каким именно?

2. Если страдал психическим заболеванием, то, исключало ли это заболевание его способности отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими, т.е. вменяем или невменяем?

3. Не страдает ли обвиняемый... заболеванием после совершения им правонарушения, если страдает, то лишает ли его это заболевание способности отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими?

4. Если обвиняемый страдает психическим заболеванием, то, нуждается ли он в применении принудительных мер медицинского характера?

Кроме того, могут возникнуть вопросы о наличии признаков симуляции, диссимуляции или аггравации, ответы на которые способны раскрыть характер проявлений психического состояния обследуемого на тот или иной период.

**Виды СПЭ по месту их проведения:** экспертиза в кабинете следователя; амбулаторная экспертиза; стационарная экспертиза (для разрешения вопросов симуляции – диссимуляции), производства необходимых лабораторно-инструментальных исследований; СПЭ в судебном заседании; заочная СПЭ; посмертная СПЭ (по медицинским документам). Схема и форма составления заключения СПЭ стандартизирована, должна отвечать требованиям УПК, ГПК РФ. СПЭ состоит из вводной части, в которую включена информация об подробном анамнезе жизни и развития субъекта, статьи и события происшествия, мотив назначения, перенесенные психические и соматические заболевания, их течение и лечение, наличие инвалидности и др., источник информации и т.д.; описание общего физического статуса, неврологического статуса, лабораторных данных за период наблюдения (при стационарной СПЭ), признаки симуляции, аггравации); подробный анализ клинических данных, других сведений, обоснование диагноза болезни, степени тяжести течения (глубины) нарушений, вывод о вменяемости или невменяемости. Выводная (заключительная часть СПЭ) содержит ответы на конкретные вопросы (вменяемость, невменяемость, дееспособность и т.п.).

В особо сложных случаях требуется производство СПЭ в условиях НИИ психиатрии и клинической психологии им. Сербского, где имеются высококвалифицированные специалисты. Заключение квалифицированного специалиста, вне рамок дела, не имеет юридического значения, однако может быть учтено в качестве обстоятельств, дающих основание для назначения первичных или повторных судебно-психиатрических экспертиз, психолого-психиатрических экспертиз!

## **ЛЕКЦИЯ 2. ВОПРОСЫ ВМЕНЯЕМОСТИ ПРИ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ.**

**Вопросы вменяемости.** Понятие вменяемости и невменяемости. Вменяемость является предпосылкой вины. Формула невменяемости: не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, т.е. не могло отдавать себе отчета в своих действиях или руководить ими вследствие хронической душевной болезни, временного расстройств душевной деятельности, слабоумия или иного болезненного состояния. К такому лицу могут быть судом применены принудительные меры

медицинского характера. Формула невменяемости состоит из двух критериев-юридического (психологического), и медицинского (биологического).

**Медицинский критерий.** Представляет собой обобщающий перечень болезней и состоит из 4-х признаков: «хроническая душевная болезнь», «временное расстройство душевной деятельности», «слабоумие», «иное болезненное состояние». Эти признаки практически охватывают все существующие психические расстройства. Все эти признаки характерны только для болезненных нарушений психики. Существуют и неболезненные аномалии психической деятельности, которые также могут быть стойкими (постоянными), так и временными. К ненормальным, но не болезненным состояниям В.Х.Кандинский относил странный характер и «простую глупость». Пример временных неболезненных психических изменений (Кандинский В.Х.) – аффекты. («Озлобление, запальчивость, раздражение суть состояния для человека ненормальные»). К таковым явлениям относятся утомление, психические переживания и сильное душевное волнение. Важно распознать медицинский критерий, который является распознаванием болезни, т.е. установление диагноза. В каждом случае кроме медицинского критерия необходимо установление **юридического критерия.**

**Юридический критерий** – представляет собой общее определение, обобщающее характеристику тех же самых клинических данных о болезненных расстройствах психики, но только с точки зрения их тяжести. Применение этого критерия в каждом конкретном случае осуществляется путем психиатрического анализа психических нарушений, распознанных в соответствии с медицинским критерием, и, входит в компетенцию психиатров-экспертов. Способность больного формально правильной ориентировки в окружающем, определенного запаса полученных ранее знаний, совершение им отдельных правильных по внешнему проявлению действий отнюдь не говорят о его способности отдавать отчет в своих действиях и руководить ими в том значении этих понятий, вложенных законом. Преступление считается совершенным **умышленно, если лицо его совершившее, сознавало общественно опасный характер своего действия или бездействия, предвидело общественно опасные последствия и желало или сознательно допускало** наступление этих последствий. Преступление признается совершенным по **неосторожности**, если лицо, его совершившее **предвидело** возможность общественно опасных последствий своего действия или бездействия либо должно было и могло их предвидеть. Отсутствие указанных возможностей у человека вследствие психического заболевания делает его невменяемым. При невменяемости у лица отсутствует понимание не только фактической стороны деяния, но самое главное – общественной опасности этого поступка, т.е. понимание того значения, которое имеет данный поступок именно как преступление.

Юридический критерий состоит из двух признаков: **интеллектуального** (невозможность отдавать себе отчет в своих действиях)

и **волевого** (невозможность руководить своими действиями). Примеры убийств по бредовым мотивам, нападение на окружающих людей в состоянии галлюцинаций, а также кражи и ограбления с понятными мотивами, но больными, явно не способными отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими. **Судебно-психиатрическая** оценка психических заболеваний (формула): При невменяемости лица нет преступления, но есть общественно опасное действие душевнобольного!

Судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей, потерпевших и освидетельствование осужденных. Предметов исследования являются не сами лица, а их **показания**, хотя свидетели и потерпевшие могут и психически больными. При судебно-психиатрической экспертизе эти лица обследуются на предмет психического заболевания, а оценка их показаний входит в компетенцию суда. Заключение психиатра должно иметь альтернативный характер: из-за болезни не может давать правильные показания, или, несмотря на психическую болезнь, может быть свидетелем по делу. Психически больные свидетели из-за своих психических нарушений могут совершить оговор или самооговор. Нельзя исключить пограничные состояния - возможность психопатий, органических поражениях головного мозга без слабоумия, эпилепсии без значительного снижения интеллекта, не исключающих способности правильного восприятия событий. Сложной остается оценка состояния при ремиссии больных шизофренией, которые могут быть свидетелями и их показания могут быть приняты, но участие их в судебных разбирательствах нежелательно из-за травмирующей ситуации судебного процесса. СПЭ потерпевших с умственной отсталостью (олигофренией) является сложной, но крайне необходимой из-за повышенной внушаемости этих субъектов. Целесообразно проведение патопсихологического обследования. Неглубокая степень дебильности не исключает достоверности показаний таких больных, но при психопатоподобных расстройствах с лживостью, расторможенностью сексуального влечения, сопутствующего основному дефекту, экспертиза затруднена. Сложна экспертиза больных перенесших ЧМТ. Обрывки памяти на события (амнезии) часто заменяются ложными воспоминаниями, домыслами, знакомыми из материалов дела, от родных и знакомых, но будучи уверенными в их истинности.

Судебно-психиатрическая экспертиза **беспомощного** состояния - одна из сложных и малоразработанных задач психиатрии. Под этим понятием подразумевается невозможность потерпевшей (при изнасилованиях) в силу физического или психического дефекта понимать характер совершаемых с нею действий, руководить своими поступками или оказывать сопротивление. К таким состояниям, приводящим к беспомощности, относятся: **сон, обморок, гипнотическое состояние, сильное опьянение, слабоумие, психическая болезнь**. Констатация беспомощности относится к компетенции органов следствия и суда.



Освидетельствование осужденных необходимо при наличии признаков психических расстройств, т.к. их пребывание в местах лишения свободы нецелесообразно для них самих и крайне нежелательно для окружающих. Сомнения в психическом здоровье в таких случаях возникает при длительном и упорном нарушении режима содержания, немотивированном отказе от работы, необычной конфликтности, повторных необоснованных жалобах и протестах и иных поступков (отчужденность, скрытность, отказ от словесного контакта с окружающими и проч.) К болезням приводящим к таким проявлениям относятся **шизофрения, эпилептическое слабоумие, неоперабельные опухоли головного или спинного мозга и др.** К лицам освобожденным по признакам психического дефицита применяются меры медицинского характера в виде принудительного лечения в психбольнице общего или специального типа. В медицинском заключении должно быть отражено мнение психиатров о возможности дальнейшего отбывания наказания осужденным. При временном расстройстве душевной деятельности в виде реактивных состояний или динамических сдвигов при психопатиях (декомпенсации) лечение может проводиться в псих. отделениях или стационарах при больницах мест лишения свободы. После лечебных мероприятий осужденный возвращается в места лишения свободы для дальнейшего отбывания наказания. Отдельным вопросом является обеспеченность врачами-психиатрами медицинских организаций пенитенциарных заведений.

**Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданских процессах.** Вопросы правоспособности, дееспособности, недееспособности психически больных. Правоспособность возникает с момента рождения субъекта и сохраняется на протяжении всей жизни. Под дееспособностью понимается «способность гражданина своими действиями приобретать гражданские права и создавать для себя гражданские обязанности». Лица, признанные недееспособными, не утрачивают своих прав на обладание имуществом, на его наследование по завещаниям, но вступать в права наследования, дарить, продавать могут лишь через посредство и с согласия своего опекуна. «Гражданин, который вследствие душевной болезни или слабоумия не может понимать значения своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным...». Недееспособность определяется также двумя критериями: **медицинским (душевная болезнь или слабоумие), и юридическим (отсутствие понимания значения своих действий или невозможность руководить ими).** Решающее значение имеет степень и глубина психических расстройств! Ходатайствовать перед судом о признании псих. больного недееспособным могут члены его семьи, общественные организации, прокурор, органы опеки и попечительства, психиатрические лечебные учреждения.

Вопрос вменяемости возникает при совершении деяния, предусмотренного УК и относится к конкретному поступку субъекта, происшедшему в определенный промежуток времени. СПЭ дает ответ о

вменяемости или невменяемости дает в **категорической форме**. Ответ на вопрос о дееспособности в гражданском деле дает только суд. Лицо, признанное недееспособным, не может быть одновременно признано вменяемым! Чаще всего недееспособность и невменяемость совпадают при наличии хронического психического заболевания, влекущего за собой стойкие и выраженные изменения психической деятельности (шизофрения, прогрессивный паралич, старческие психозы и т.п.) Временные расстройства психической деятельности (реактивные, интоксикационные, соматогенные и другие психозы) не исключают возможности в будущем признания дееспособности. В гражданском судопроизводстве применяются те же виды судебно-психиатрических экспертиз: стационарная, амбулаторная, заочная, посмертная.

Вопросы в гражданском суде по искам: о признании сделки недействительной, о возмещении причиненного вреда, признании брака недействительным, по делу о расторжении брака, по делу о воспитании детей.

Принудительные меры медицинского характера: в психбольнице общего типа, принудительное лечение в психбольнице специального типа, передача больного на попечение органов здравоохранения, родственников или опекунов при обязательном динамическом наблюдении диспансеров по месту жительства.

Социальная опасность больного по оценке психического состояния: психопатологические нарушения: систематизированные формы бреда, ипохондрические переживания, маниакальные состояния, галлюцинаторные синдромы – опасные состояния. Синдром Кандинского-Клерамбо-чувство овладения и явления психического и физического автоматизмов. Опасны также больные с аффективными нарушениями, особенно при депрессивно-бредовых состояниях (склонность к «расширенным» самоубийствам или убийствам близких людей по мотиву «альтруистических») (убийство в целях освобождения близких от мнимых мучений).

Некоторые заболевания имеют тенденцию к обострениям в различные периоды жизни: пубертатный и инволютивный; ряд псих. болезней обостряется в период беременности и родов. Острая или хроническая интоксикация алкоголем способно обострить течение имеющегося психического заболевания.

Принудительное лечение в клинике общего типа назначается при: шизофрении со стойкими, не поддающимися коррекции бредовыми идеями и галлюцинациями, при эпилепсии с органическими поражениями ЦНС, при церебральном атеросклерозе с психическими нарушениями и другим псих. больным, совершившим социально-опасные действия впервые, если их состояние расценивается как представляющее социальную опасность для общества.

Принудительное лечение в клинике специального типа назначается: больным представляющим повышенную или особую опасность для

общества: совершившие повторные социально-опасные действия, которые не удерживаются в псих. больницах общего типа, совершают побег и проявляют антисоциальное поведение. Показано больным: эпилепсией с частыми сумеречными состояниями и выраженными личностными изменениями, особенно осложненные алкогольной интоксикацией; больные алкогольными параноидными (бредовыми) особенно бредом ревности с рецидивирующим течением; в некоторых случаях больные шизофренией с психопатоподобными состояниями, осложненные хроническим алкоголизмом, со стойкими антисоциальными формами поведения. Принудительное лечение назначается, как в общей таки специальной психбольнице, лицам, совершившим тяжкие противоправные деяния во вменяемом состоянии, но заболевшим психическим заболеванием в период расследования или судебном рассмотрении дела.

### **ЛЕКЦИЯ 3. ОСНОВЫ ОБЩЕЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ. КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.**

Центральная нервная система. Периферическая нервная система. Вегетативная нервная система, управляющая работой внутренних органов. Головной и спинной мозг. Доли головного мозга. Строение головного мозга (14 млрд. нервных клеток). Кора мозга состоит из 6 слоев. Серое и белое вещество мозга. Скопления нервных клеток в глубине полушарий в белом веществе образуют **подкорковые ядра или узлы**. Продолговатый мозг. Мозжечок координирует движение, равновесие тела и тонус мышц. Корешки спинного мозга образуют периферическую нервную систему.

Рефлекс - закономерная реакция НС в виде определенных изменений какой-либо деятельности организма в ответ на внешние или внутренние раздражители. Рефлексы безусловные, условные. Безусловные – инстинкты: пищевой, оборонительный, половой, родительский.

**Типы высшей нервной системы:** 1. Сильный, возбудимый, безудержный (холерики); 2. Сильный, спокойный, медлительный (флегматики); 3. Сильный, очень живой, подвижный, уравновешенный (сангвиники); 4. Слабый, тормозимый (меланхолики).

Причины психических заболеваний: самые разнообразные, до сих пор причины некоторых не раскрыты (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, некоторые формы эпилепсии). Важное место в причинах занимают инфекции и интоксикации, в том числе аутоинтоксикации (диабет, опухоли, дистрофии); травмы мозга, атеросклеротические поражения сосудов мозга, острые и продолжительные шоковые состояния, врожденные поражения ЦНС, патологическая наследственность, хромосомные заболевания.

Течение Психических заболеваний: острые и хронические. Стадия **предвестников** – недомогание, головные боли, раздражительность, тревожность, снижение работоспособности и т.п. Начальная стадия-**дебют**

болезни. Развитие постепенное или острое; проявляется симптомами: бредовые идеи, галлюцинации, речедвигательное возбуждение и т.п. Развернутая картина болезни – **манифестация**, со сменой синдромов, с расширением круга болезненных явлений при прогрессировании болезни. При необратимом дефекте психики приводит к приобретенному слабоумию. В других случаях может протекать с периодами просветления и повторными приступами нарушения психики с утяжелением проявлений. Периоды улучшения – **ремиссия** – по продолжительности (от нескольких недель до нескольких лет).

Методика обследования психических больных включает в себя следующий перечень процедур: беседа, наблюдение, экспериментально-психологическое исследование, неврологические симптомы, соматические симптомы (истощение-маразмы), исследование рефлексов, патологические рефлекссы (парестезии-неприятные ощущения, параличи-утрата движений, парезы-ограничение движений), судороги (припадки). Нарушения вегетативной НС: нарушения речи – афазии, потеря речи-мутизм (немота). Лабораторные методы исследования.

**СИМПТОМАТОЛОГИЯ** психических расстройств. Симптомы, синдромы. Психические расстройства (заболевания) проявляются в нарушениях **процессов восприятия, мышления, влечений, воли, памяти и т.д.** Галлюцинации-это расстройства восприятия, бред-нарушение мышления и т.д. Симптомы психических болезней не психологические, а медицинские понятия. **ИЛЛЮЗИИ**- ошибочное восприятие зрением или слухом, реально существующих предметов или явлений. Зрительные иллюзии: простые, возникают в полумраке, плохом освещении, на фоне тревожного настроения. Зрительные иллюзии фантастического содержания-парейдолии. Слуховые иллюзии: элементарные (шепот, звуки, выстрелы); вербальные (словесные) разговоры или звуки слышатся как слова в свой адрес. Если слышатся целые фразы- это иллюзорный галлюциноз. Эти иллюзии обычно осуждающего или угрожающего содержания. Для них характерны аффект напряженной тревоги и подозрительность.

**ГАЛЛЮЦИНАЦИИ** – одна из форм нарушения чувственного познания. Возникает без реального раздражителя, реального объекта. Галлюцинации многообразны, в зависимости от анализатора: зрительные, или оптические; слуховые, или акустические; обонятельные; вкусовые; тактильные, или осязательные; галлюцинации общего чувства.

Зрительные Г. могут быть элементарные, обладающие неотчетливой формой или бесформенными- фотопсии (искры, пламя, пятна вспышки, дым), могут быть сложными и четкими, вплоть до деталей-конкретные люди, животные, насекомые, предметы обстановки, различные сцены (похороны, стихийные бедствия, собрания). Могут быть бесцветными или неестественно окрашенными, иметь натуральный, уменьшенные или увеличенный размер; подвижными или статичными; на постоянном расстоянии, приближаясь или отдаляясь. Могут иметь сложное содержание – сценopodobные или

кинематографические. При преобладании пейзажей-панорамические галлюцинации. ЗГ всегда возникают на фоне различной степени помрачения сознания, этому сопутствует аффект страха, тревоги, ярости. Иногда могут вызывать восхищение или любопытство. Чаще ЗГ усиливаются к вечеру или к ночи.

**СЛУХОВЫЕ** галлюцинации. В форме элементарных, неречевых обманов (акоазмы)- шум, звуки, шипение, треск, выстрелы. Когда слышатся слова и фразы – фонемы-вербальные (словесные) галлюцинации. Больные называют их голосами (знакомые, незнакомые, тихие, громкие, близкие, далекие, один голос – моновокальный, два голоса - диалог, много голосов – поливокальные). Содержание СГ- брань, угрозы, оскорбления, обвинения, насмешки; защита, успокоение, утешение, предупреждения, приказания (императивные), регистрация поступков больных, комментирующие. СГ возникают обычно на фоне ясного сознания., сопровождаются удивлением, изумлением, страхом и поступками: поиск источника, бегство, оборона, нападение, порой направленные против себя при императивных СГ.

**ОБОНЯТЕЛЬНЫЕ** галлюцинации. Мнимые неприятные или приятные запахи (гнили, паленого, нечистот, газов, цветов, пищи и т.д.

**ВКУСОВЫЕ** галлюцинации – неприятные или приятные вкусовые ощущения во рту без приема пищи.

**ТАКТИЛЬНЫЕ** (осязательные) Г- неприятные ощущения возникающие в коже, под кожей (щекотание, ползание, давление), соотносимые с определенными неодушевленными предметами или живыми существами (насекомые, мелкие животные и т.п.) с точным описанием больными признаков раздражителя. ТГ могут быть ощущениями во внутренних органах- висцеральные галлюцинации.

**ГАЛЛЮЦИНАЦИИ** общего чувства. Ощущение измененности собственного тела, внутренних органов (падения, полетов, утраты равновесия). Могут быть одни виды Г., иногда сложные (комплексные).

**ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ** – галлюцинации занимают промежуточное положение между иллюзиями и галлюцинациями, возникают при наличии реального внешнего раздражителя, продолжается на период действия раздражителя.

**ПСЕВДОгаллюцинации** – произвольные с ощущением сделанности или насильственности, восприятия, без наличия реального объекта. Видится и слышится «мысленно, умом, внутренним оком, душой». ПСЕВДОгаллюцинации также могут быть зрительными, слуховыми, обонятельными, вкусовыми, осязательными, общего чувства со всеми присущими им особенностями. **Сочетание псевдогаллюцинаций с бредом воздействия и преследования составляет синдром Кандинского-Клерамбо).**

**Гипногагические** галлюцинации – видения или слуховые обманы, возникающие при закрытых глазах перед сном или дремотном состоянии.

**СЕНЕСТОПАТИИ** – разнообразные неприятные, тягостные или мучительные ощущения в различных поверхностях тела или внутренних органах без определенной локализации, не имеющие предметности и без соматических и неврологических расстройств.

**МЕТАМОРФОПСИИ** – искаженное восприятие величины, формы и пространственного положения реально существующих предметов. Воспринимаются пропорционально, но либо неестественно уменьшенными – микропсии, либо увеличенными, вплоть до гигантских размеров – макропсии. Окружающие предметы также перекошенные, перекрученные, укороченные, удлиненные, расширенные или суженные – дисмегалопсии. Искаженное восприятие пространства с неестественно удаленным или приближенным предметом называется порропсией.

**РАССТРОЙСТВО схемы тела.** Искаженное ощущение формы, величины и положения тела в пространстве или отдельных частей тела. Возможно при зрительном контроле и при его отсутствии. Тело резко увеличивается заполняя все пространство, язык разбухает и не помещается во рту, голова величиной с булавоочную головку и т.д.

**РАССТРОЙСТВА мышления** (ассоциативного процесса). Ускорение мышления-легкость появления и увеличение количества ассоциаций, возникающих безостановочно. Сочетается с поверхностными умозаключениями, со случайными связями мыслей; отвлекаемость, непоследовательность. Ускоренное мышление до интенсивности скачки идей, с непрерывной сменой одной незаконченной мысли другой. Замедленное мышление- число ассоциаций уменьшается, они возникают с трудом. Сознание обеднено представлениями, содержание однообразно., переносится тягостно. Больные говорят: отупел – поглупели. Бессвязное (инкогерентное) мышление – речь представляет собой набор не связанных смыслом или грамматикой строем слов. Обстоятельность (грузность) мышления – ассоциации возникнув, надолго не исчезают из сознания, мешая появлению новых ассоциаций. Продуктивность мышления снижается. Характерно застревание на несущественных деталях, неумение выделить главное. Резонерское мышление (резонерство) – подмена ясных и четких ответов пространными и бесплодными рассуждениями на тему заданного вопроса или темы, не имеющие к вопросу никакого отношения., сочетается многословностью. Персеверация мышления – доминирование в сознании ограниченного числа мыслей и представлений, на разные вопросы дается один ответ.

**БРЕД** – ложное суждение (умозаключение). Возникает без повода, неподдается разубеждению, противоречит действительности и всему предшествующему опыту. Бред противостоит любому самому вескому доводу, чем отличается от простых ошибок суждения. Связаны с самим больным-жизненному опыту, стремлениям, опасениям, желаниям, знаниям. Три основные группы Б. 1. Первичный бред; 2. Бред образный; 3. Бред аффективный. При первичном бреде страдает логическое познание, а

чувственное (образное) поражается незначительно. Патологическому толкованию подвергаются явления внешнего мира, а также субъективные ощущения. Ложные суждения разработаны в деталях. Этот бред стоек, склонен к прогрессирующему развитию. Может длительный период быть как единственный признак психического заболевания.) Этапы (периоды) развития: инкубация, кристаллизация, стереотипизация, терминальный этап. На первом этапе догадки, предположения, сопоставления, патологически толкуются происходящие события, взаимоотношения, собственные ощущения и чувства. Много противоречивых, разрозненных, непонятных умозаключений. Недоверие и настороженность ко всему. Фон настроения-напряженность, тягостные предчувствия, тревога, угнетенность. Стойкая непоколебимая уверенность в правильности своих умозаключений, которые подвергаются сомнениям, с чувством допущенных ошибок; мучительное предчувствие грозящей катастрофы, кругом угрозы- бредовое настроение. Это переход к второму этапу-кристаллизации бреда. В начальном периоде второго этапа-ощущения «озарения, прозрения, откровения», все становится понятным, бредовая концепция, меняется поведение, симптом «активного преследуемого-преследователя», иногда ограничивается многочисленными жалобами и сутяжным поведением, иногда попытками уничтожить своих противников. В период стереотипизации бред отливается в одну форму, усложнения нет, аффективная насыщенность значительно уменьшается. Возможны обострения, во время которых совершаются противоправные действия. В терминальном периоде через много лет происходит обеднение бреда и его распад. Монотематический бред может стать политематическим, с нарастанием идей преследования. Усложняется идеей величия.

Перечень бредовых идей: ревность, ипохондрия, преследование, воздействие, отравление, ущерб, изобретательство, величие, бредовые идеи эротического и сутяжного характера.

**Бред ревности – (супружеской неверности)**-непоколебимая уверенность в том, что супруг (супруга) изменяет с одним или несколькими лицами. «Замечает» холодность в интимных отношениях, уклоняется, следит за собой, наряжается, позже приходит домой, начинает следить, звонит на работу, проверяет белье, требует признания измены, угрожает, совершает жестокие насильственные действия, вплоть до убийства.

**Бред ипохондрический (бред болезни)** – убеждение о наличии тяжелого неизлечимого заболевания, с методами самолечения, постоянные обращения к врачам разных специальностей, подозрения к врачам о невнимательном отношении, нападения на врачей и медсестер. Разновидность ИБ-Бред физического недостатка или уродства – дисморфофобия; касается видимых частей тела (лицо, руки, ноги, фигура); требуют операций.

**Бред преследования** – убеждение в том, что больному хотят нанести физический или моральный вред, хотят добиться его смерти.

**Бред воздействия** – убеждение в том, что мысли, чувства и поступки больного подвергаются воздействию внешней силы, с точным определением-гипноз, воздействие людей, электричества, атомной энергии, ультразвука.

**Бред отравления** – убеждение в том, что для физического вреда и уничтожения больного тайно применяются ядовитые вещества, добавляемые в пищу, рассыпаемые, распыляемые в воздухе, на предметы мебели или одежды больного.

**Бред ущерба** – убеждение в том, что больному сознательно наносится материальный вред путем порчи, подмены или воровства личных вещей, мебели или продуктов питания: распространяется на ближний круг людей, т.н. (бред малого размаха).

**Бред изобретательства** – убеждение в том, что сделано теоретическое или практическое открытие, имеющее необычное и даже универсальное значение, необходимости его внедрения во благо человечества, сопровождается необычно упорным сутяжным поведением (навязывание).

**Бред величия** – неправдоподобно-грандиозное преувеличение своих духовных и физических сил, здоровья, социального положения и связанных с ними возможностей.

**Бред эротический** – (любовный)- убежденность в том, что определенное лицо, обычно превосходящее больного в своем социальном положении, испытывает к нему любовную страсть и стремится любыми, даже наносящими вред больному, способами добиться его расположения.

**Бред сутяжный** – идея борьбы за восстановление поправленной справедливости, в частности защиты нарушенных прав больного.

**Бред образный** – при котором доминирует нарушение чувственного познания, возникают без всякой системы, нередко хаотично, не доказываются, а воспринимаются как данность. Господствуют образные представления как грезы т картины сна. Всегда сочетается с другими расстройствами. Резко нарушается поведение. Поступки непоследовательны, импульсивны (вскакивают на ходу в проходящий транспорт, внезапно спрыгивают на полном ходу из транспорта, бегут не разбирая пути, совершают внезапные нападения), сопровождается выраженными изменениями аффекта, часто в форме напряженной тревоги. Разновидностями образного бреда являются бред инсценировки (подстроено, розыгрыш, киносъёмка, окружающие люди не те, его проверяют, обучают, воспитывают) и бред значения (окружающее принимает символическое значение, черный цвет-«скорая смерть», молодая женщина-спасение и т.д. Иногда восприятие и воспоминания (предметы, люди, события) имеют фантастическое содержание и обозначение, обычно с элементами антагонистического бреда (борьба добра со злом вокруг больного). Для фантастического бреда характерны идеи величия, идеи религиозно-мистического, эротического, иногда космического содержания (атомная война, стихийные бедствия, государственные перевороты и т.п.)



**Аффективный бред** - своим содержанием отражает господствующий аффект, приближен к образному бреду, т.е. при нем преобладает нарушение чувственного познания; логический элемент незначителен. Среди **депрессивных форм** бреда чаще всего: бред самообвинения и греховности-убежденность в совершении тяжких, аморальных поступков. При **бреду самоуничтожения** моральные и физические качества больного имеют только отрицательные свойства. При **бреду обнищания**-убежденность в том, что в скором или свершившемся лишении всех материальных средств. Депрессивный бред может иметь фантастическое содержание: больной Иуда, погубил весь мир, никогда не умрет и т.д. – бред Котара. Иногда убежденность в том, что внутренности подверглись разрушению – **нигилистический бред**. Все эти формы бреда бедны деталями, разработка содержания часто отсутствует. Среди **экспансивных форм бреда** возникают идеи величия, реформаторства, исключительных моральных и физических возможностей. От бредовых идей нужно отличать сверхценные идеи и бредоподобные фантазии. Сверхценные идеи- суждения, возникающие благодаря реальным обстоятельствам, сопровождаются необычно сильной продолжительной аффективной окраской, в последующем занимают доминирующее положение по сравнению с остальными мыслями и представлениями. Бредоподобные фантазии- появление с условиях психотравмирующей ситуации (арест, следствие или после начала срока содержания под стражей), разнообразных по содержанию высказываний с идеями величия преследования, ущерба, самообвинения, высказывания авантюристического содержания. По сравнению с бредом лишены непоколебимой уверенности, изменчивы в содержании, зависимы от внешних моментов, часто отражают затаенные страхи и желания, рассчитаны на окружающих с элементами игры и театральности, исчезают под влиянием внешних условий (перевод из тюрьмы в больницу).

**Навязчивые состояния** – произвольные и непреодолимо возникающие мысли, представления, воспоминания, сомнения, страхи, влечения, движения, действия, болезненный характер которых осознается, критически оценивается, с которыми субъект постоянно стремится бороться. Условно две группы: **отвлеченные**, без выраженных аффективных компонентов, и **образные** – при которых аффективные расстройства постоянны. **Отвлеченные** навязчивости – навязчивый счет (этажи, номера проезжающих машин), **навязчивые воспоминания** – имена, телефоны, определения, **навязчивое** мудрствование – (умственная жвачка) с вопросами абстрактного содержания, обращенные к самому себе, с последующими вопросами. **Аффективные навязчивости:** навязчивые сомнения-мучительная неуверенность в правильности и завершенности совершаемых действий, многократные проверки и повторения, **навязчивые воспоминания** - неотвязное воспоминание неприятного или мучительного события прошлого. **Навязчивые влечения** – стремление совершить вопреки

воле и желанию действие, порой опасное – ударит постороннего, выругаться, броситься под транспорт.

**Навязчивые действия** – движения совершаемые помимо желания (подергивание плечами, ногами, головой).

**Навязчивые страхи (фобии)** – страхи закрытых помещений, высоты, одиночества, острых предметов, покраснения, с вегетативными реакциями-тахикардия, потливость, побледнение, головокружение, одышка, сопровождаются ритуалами.

**Импульсивные состояния** – действия и влечения. Импульсивные действия при выраженных расстройствах психической деятельности; внезапны, безмотивны, выполняются автоматически, совершаются агрессивные действия против неодушевленных предметов. Импульсивные влечения часто на фоне пониженного или пониженно – злобного (дисфорического) настроения. Воспоминания не отчетливы, расплывчаты, после совершенных действий - разбитость, чувство морального облегчения. Частые формы навязчивых влечений: запой (дипсомания), бродяжничество (дромомания, вагобондаж), страсть к поджогам (пиромания), воровство (клептомания), стремление совершить убийство, самоубийство (гомицидомания, суицидомания) или нанести себе физические повреждения. В импульсивным влечениям близки некоторые формы нарушения полового влечения: садизм (алголагния активная), мазохизм (алголагния пассивная) фетишизм (половой символизм), эксгибиционизм (внезапное обнажение половых органов перед посторонними) и др. Нарушения полового влечения как извращения: гомосексуализм (половой акт с лицами своего пола), скотоложство (половой акт с животными), педофилия (влечение к детям), геронтофилия (влечение к старикам), вуаеризм (половое возбуждение и удовлетворение при подглядывании за совершением полового акта другими).

**Деперсонализация** – (расстройство самосознания), дереализация (расстройство восприятия реальности и действительности), растерянность (аффект недоумения).

**Расстройства памяти** – амнезия (ретроградная, антероградная, антероретроградная, фиксационная, ретардированная). Парамнезии - обманы памяти.

**Псевдореминисценции** – бывшие в действительности события переносятся в другой период жизни.

**Конфабуляции** – ложные воспоминания (которых не было на самом деле).

**Конфабулез** – обильные конфабуляции в короткий промежуток времени, связанные между собой в пределах одного рассказа. Возникает при ясном сознании и часто не сопровождается значительными расстройствами памяти.

## ЛЕКЦИЯ 4. СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ. ОСНОВНЫЕ СИНДРОМЫ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ.

**Синдромы** представляют собой определенную совокупность связанных друг с другом симптомов. Последовательная смена синдромов образует клиническую картину болезни, и отражают патогенетические закономерности ее развития.

**Невротические синдромы: астенический, истерический и синдром навязчивых расстройств.** Астенический синдром – наиболее общее и распространенное психическое расстройство, возникает при любом психическом заболевании, характеризуется признаками: раздражительность, слабость, повышенная утомляемость, неустойчивое настроение. Усиливается к вечеру или к ночи. Отмечается слезливость, плаксивость, ворчливость, недовольство, придирчивость, пессимизм, со сменой на оптимизм и покладистость. Физическая усталость, чувство неприязни к работе, непреодолимость. Сочетается с вегетативными нарушениями – потливость, тахикардия, вазомоторные расстройства. **Истерический синдром** – эмоциональная неустойчивость с бурными, но быстро сменяющимися чувствами возмущения, радости, неприязни, симпатии. Речь образная, явные преувеличения реальных событий, желаемое выдается за действительное. Мимика и движения выразительны, порой театральны. Повышенная внушаемость и самовнушаемость. **Навязчивый (обсессивный) синдром** – преобладают навязчивые расстройства, самые различные, со сменой настроения (тревожное или тревожно-подавленное). Эмоциональные (аффективные) синдромы – наиболее общие психические нарушения, частые, уступают только астении. Основу составляют расстройства настроения – совокупность чувств, придающих окраску всем другим переживаниям на протяжении значительных периодов времени. **Маниакальные синдромы** – незначительно повышенное настроение, облегчение ассоциативных процессов, некоторая общая двигательная оживленность (гипертимия). При нарастании перечисленных симптомов появляется радостное и оптимистическое настроение, потребность в смене впечатлений, чувство физического комфорта и прилива сил, больные говорливы и находчивы в ответах, внимание обострено, но не стойко, легко отвлекаемо. Лихорадочная деятельность носит разбросанный характер, начатое до конца не доводится. Это **веселая мания**. **Гневливая мания** – повышенное настроение и речедвигательное возбуждение сопровождается раздражительностью, назойливой придирчивостью, вспышками негодования и даже злобой. **Спутанная мания** – резко выраженное повышение настроения сочетается с бессвязным речевым и двигательным возбуждением. **Эйфория** – повышенное настроение проявляется в первую очередь довольством, беспечностью и безмятежностью, преобладает пассивность; речевое возбуждение отсутствует или слабо выражено; заметно и резко снижены уровень суждений, критическое отношение к себе и окружающим, нередко

расторжены низшие влечения, приводящие к обжорству, пьянству, половым эксцессам. **Рауш-мания** – повышенное настроение с легкими изменениями сознания- его обнуляющей (впечатление подвыпивших). **Мориа** - состояние веселого возбуждения с дурашливостью, детскостью или паясничаньем, стремлением к глупым, плоским шуткам, сочетается с отчетливой интеллектуальной слабостью.

**Депрессивные синдромы** – незначительное понижение настроения, с некоторым затруднением ассоциативных процессов, иногда с медлительностью называется гипотимией. Отмечается слабость, лень, вялость, угнетенность. Больные не верят в свои силы, мнительны, решения принимаются с трудом, преувеличивают реальные трудности, не могут сконцентрироваться; отмечается слезливость, раздражительность, обидчивость. В состоянии гипотимической депрессии совершаются суицидальные попытки. Углубление подавленного настроения доводит до состояния тоски с тягостными ощущениями в области груди или реже животе. Отмечают чувство стеснения, сдавления, сжатия, тяжести, невозможности глубоко вдохнуть. Усиление таких ощущений приводит к Щемящей тоске, как будто сдавило душу или рвет душу на части, т.н. моральная боль, или **предсердечная тоска**.

Одновременно возникает тягостное ощущение равнодушия, до мучительного ощущения внутренней опустошенности с потерей всех чувств, являющаяся проявлением меланхолической деперсонализации. Отмечают жалобы на медленное течение времени, ощущение остановки времени – меланхолическая дереализация. Сниженная самооценка может смениться бредом самоунижения, самообвинения, часты бредовые идеи разорения и обнищания; иногда до состояния депрессии с ипохондрическим бредом (бред неизлечимой болезни). Жалобы на прекращение функционирования сердца, легких, почек, ЖКТ в связи с их разрушением или атрофией обозначает ипохондрическую депрессию с нигилистическим бредом. Депрессия с фантастическим депрессивным бредом (меланхолическая парафрения, депрессия с бредом Котара) характерна тем, что больные называют себя именами отрицательных исторических лиц (Каин, Иуда, Гитлер), приписывают себе виновность в мировых катаклизмах, уверены в гибели окружающих, страны, вселенной, утверждая, что никогда не умрут и будут мучиться вечно.

**Ажитированная депрессия** – тоскливое настроение, сочетающееся с тревогой (аффект ожидания беды), речевым и двигательным возбуждением. Тревога беспредметна, иногда говорят об ожидании суда, расстрела, пыток, казни, гибели близких, больные многословны. Ажитация-двигательное возбуждение сопровождаемое тревогой, проявляется в неусидчивости, постоянной ходьбе, назойливом приставании к медицинскому персоналу, к окружающим с какой-то одной просьбой. Ажитация с внезапным двигательным возбуждением может привести к попыткам убить или изувечить себя: это – меланхолический раптус.

**Депрессия параноидная** – сочетание подавленного настроения с идеями преследования, отравления или ущерба. **Дисфорическая депрессия**- состояние пониженного аффекта с раздражением и неприязнью. В легких случаях подавленность сопровождается придирчивостью, иронией или язвительностью; в выраженных состояниях возникает тоска со страхом, с отчаянием, напряженной злобой и даже иступленной яростью. Тяжелые дисфории с бредом преследования или иного содержания при измененном сознании. Дисфории иногда сопровождаются различными импульсивными действиями, агрессивным поведением к окружающим, самоповреждениями и самоубийствами.

**Галлюцинаторно-параноидные синдромы** – паранойяльный синдром возникает и существует на фоне ясного сознания. Он определяется первичным бредом различного содержания (преследования, ревности и т.д.); для него типична обстоятельство, связанная с обилием доказательств (бредовая обстоятельство).

**Параноидный синдром** – сочетание бредовых идей преследования (отравление, ущерб, нанесение физического вреда) с вербальными галлюцинациями, проявлениями синдрома Кандинского-Клерамбо или с теми и другими одновременно. В одних случаях преобладает бред, в других- сенсорные расстройства (галлюцинации и т.д.).

**Синдром Кандинского-Клерамбо** – (синдром психического автоматизма) – сочетание бредовых идей, в первую очередь идей преследования, с идеями психического и физического воздействия, а также отчуждение мыслей, чувств и поступков. Это сложное психопатологическое нарушение, в котором различают три группы расстройств. **Ассоциативный автоматизм** – развивается первым, проявляется ментизмом (непроизвольно возникающий, неуправляемый, быстрый, безостановочный поток мыслей или мысленных представлений) или чувством овладения (ощущение, что субъект не принадлежит себе, что им владеет посторонняя сила). Встречаются также: насильственное воспоминание прошлого, симптом открытости (ощущение, что мысли известны окружающим), «эхо-мысли» (больному кажется, что окружающие повторяют вслух), слуховые и зрительные псевдогаллюцинации или, напротив, насильственно исчезающие из головы мысли, ощущение воздействия на чувства, их насильственное изменение. **Сенестопатический автоматизм**- разнообразные по характеру (часто в форме боли) и локализации ощущения с характером сделанности. **Двигательный (кинестетический) автоматизм** - совершение вопреки желанию различных движений и поступков, ощущаемых как насильственные. Весь этот принудительный характер всей психической деятельности при синдроме К-К может соотноситься с конкретными формами воздействия (гипноз, электричество, атомная энергия и т.д.)- бред воздействия.

**Галлюциноз** – состояние непрерывного галлюцинирования с преобладанием каких-либо одних галлюцинаций (редко в их сочетании), но

бред выступает на второй план или отсутствует. Чаще всего слуховые (вербальные), зрительные, тактильные.

**Парафренный синдром** – сочетание фантастических бредовых идей, психических автоматизмов, галлюцинаций и нередко конфабуляций. В ряде случаев происходит изменение своего «я», сопровождаемое бредом величия.

**Синдромы двигательных нарушений** – кататонический синдром определяется возбуждением (кататоническое) или обездвиженностью (ступор). Часто возбуждение предшествует ступору. Вначале кататоническое возбуждение носит патетический характер: повышено-восторженное настроение, высокопарная речь, размашистые, преувеличенно-выразительные движения. Больные то бессмысленно противодействуют (негативизм), то выполняют всё, к чему их принуждают или просят (пассивная подчиняемость). При нарастании возбуждения появляется дурашливость: неестественные позы, кувыркания, паясничание, гримасы, кривляния; неуместные шутки и бессмысленный смех (гебефреническое возбуждение). При более глубокой степени возбуждения (импульсивное возбуждение)- внезапное совершение действий, не соответствующих предшествующему поведению, набрасываются на окружающих, бегут в никуда, рвут одежду. Речь состоит из повторяемых слов и фраз (вербегерация), повторяются слова, произносимые окружающими (эхолалия). В тяжелых случаях возбуждение хаотично, состоит из отдельных актов с простейшими движениями – ползание, хватание, раскачивание, речь может исчезнуть совсем. Кататонический ступор- невозможность получить ответы от больного (мутизм) и обездвиженность. Неудобные позы на долгое время, вплоть до восковой гибкости –ступор с восковой гибкостью; при молчаливом сопротивлении-ступор с негативизмом; резкое напряжение мышц в неудобной позе неподвижно с закрытыми глазами –ступор с оцепенением.

Галлюцинаторный ступор – состояние непродолжительной обездвиженности на высоте галлюцинозов.

**Синдромы помрачения сознания** – преходящие непродолжительные (часы, дни, изредка недели) нарушения психической деятельности, с полной или частичной отрешенностью, дезориентировкой, нарушения мышления с частичной или полной невозможностью правильных суждений, нарушения памяти. Оглушение- помрачение сознания с обеднением псих. Деятельности. Сомноленция – дремотное состояние. Сопор – глубокий патологический сон. Кома – завершающая стадия с нарушением дыхания, сердечной и рефлекторной деятельности.

**Делирий (делириозный синдром)** – галлюцинаторное помрачение сознания с преобладанием истинных зрительных галлюцинаций и иллюзий, образного бреда, двигательного возбуждения. Самая частая форма помрачения сознания. В продроме: наплывы образных сценopodobных воспоминаний, крайне изменчивое настроение, неусидчивость, гиперэкспрессивные двигательные реакции. Развернутый делирий-усиление

наплывов галлюцинаций, иллюзий, повышенная подвижность, отрывочные высказывания из слов или фраз, изменчивое настроение, галлюцинаторный бред, светлые промежутки, стереотипные движения, расстройства до полной амнезии.

**Онейроид (онейроидный синдром)** – сновидное, грезоподобное, фантастически-бредовое помрачение сознания. Яркие фантастические зрительные псевдогаллюцинации, заторможенность, иногда возбуждение, воспоминания отрывочны или длинные в деталях воспоминания.

**Аменция (аментивный синдром)** – помрачение сознания с преобладанием бессвязного (инкогерентного) речедвигательного возбуждения и растерянности. Речь тихая, несвязная, некоординированное двигательное возбуждение в ограниченном пространстве, лицо недоуменное, мечутся. Может сопровождаться отрывочными бредовыми идеями и галлюцинациями. Длится несколько дней или неделю.

**Сумеречное помрачение сознания** – развивается внезапно, непродолжительно (минуты, часы, дни). Глубокая дезориентировка всех видов (место, время, личность) с сохранностью привычных автоматизированных движений. Иногда речедвигательное возбуждение, страх, злоба, устрашающие зрительные галлюцинации, бредовые высказывания (способны совершить необычно жестокие акты агрессии). После психоза полная амнезия (ретардированная). Разновидность сумеречного помрачения сознания – патологическое просоночное состояние (опьянение сном) – возникают при замедленном пробуждении от глубокого сна с кошмарными или яркими сновидениями. Сновидения воспринимаются как действительность; возникает страх, совершаются опасные, связанные с патологическими переживаниями, поступки; просоночные состояния завершаются сном; в памяти сохраняются обрывки сновидений.

**Припадки (пароксизмы)** – внезапные непродолжительные (транзиторные) состояния помрачения сознания различной глубины (до полной утраты), сочетающиеся с двигательными нарушениями, в первую очередь в форме различных судорог. **Большой эпилептический припадок** – припадку предшествует продром – общее недомогание, разбитость, головные боли, изменение настроения (часы-сутки), нередко начинается с ауры. У каждого больного отмечается одна и та же постоянная форма ауры. Иногда припадок может завершиться аурой. Затем наступает тоническая фаза припадка с мгновенной утратой сознания. Больной валится как подкошенный, издает крик, стон, судороги продолжаются и после падения, сокращаются мышцы конечностей, челюсти, прекращается дыхание (народное – черная немочь), лицо синее, непроизвольные диурез и дефекация. Приступ не более 1 минуты. Тонические судороги сменяются клоническими- прерывистые сокращения отдельных групп мышц. Дыхание хриплое, слюнотечение, иногда с примесью крови из-за прикусывания языка, переходит в кому, сменяющуюся сопором, переходящим в сон, постепенное восстановление сознания. При прерывности судорожного припадка на одной

из фаз, слабой выраженности – говорят об абортивном припадке. **Припадки Джексона** (частичные эпилептические припадки) встречаются при симптоматической эпилепсии, когда очаг поражения находится в височной доле или в близлежащих отделах мозга. Припадок начинается с тонических или клонических судорог одной половины тела, захватывающих сначала пальцы рук или ног. Сознание утрачивается на высоте припадка, когда судороги переходят и на другую половину тела.

**Диэнцефальные (вегетативные) припадки** – озноб, тахикардия, потливость, слюнотечение. Лицо бледнеет или краснеет. Повышается артериальное давление. Шум в ушах, головокружение, чувство дурноты, страх, резкая слабость (длится несколько минут - 1-2 часа). В конце припадка позывы на диурез, дефекацию, чувство голода, жажды.

**Истерический припадок** – двигательные расстройства без судорожного компонента; возникает после волнений и других психогенных моментов; падение постепенное, оседают на пол; ритмичные и размашистые движения рук и ног в плечевых и тазобедренных суставах; катаются по полу, выгибаются (истерическая дуга), кусаются, рвут волосы, одежду; крики, рыдания, скрежет зубов, закатывают глаза. Присутствие посторонних усиливает проявления истерического припадка, делает продолжительным. Резкие внешние воздействия могут прервать этот припадок. Воспоминания о припадке фрагментированы. После припадка – разбитость.

**Корсаковский (амнестический) синдром** – определяется триадой психических нарушений: амнезия, дезориентировка и конфабуляции. Преобладает вялость, пассивность, снижение побуждений, утомляемость. Больные пытаются примитивными способами скрыть мнестический дефект.

**Синдром слабоумия.** Слабоумие-необратимое обеднение всей психической деятельности, сопровождаемое утратой или снижением полученных в прошлом знаний и навыков, при невозможности или затруднении в приобретении новых. **Врожденное слабоумие (олигофрения)** и приобретенное, возникающее в результате перенесенных заболеваний (деменция). Выделяют следующие виды: сенильное (возрастное), паралитическое, травматическое, эпилептическое и другие формы слабоумия. По степени выраженности: слабоумие тотальное или полное, и слабоумие частичное (лакунарное, очаговое). Тотальное- глубокое нарушение критики или полное отсутствие, резко сниженный уровень суждений и расстройство памяти, мышление обеднено и непродуктивно; безразличие или беспечность, утрата индивидуальных особенностей характера, отсутствие позитивных симптомов («развалины душевной организации»). Пример-слабоумие при прогрессивном параличе. При частичном слабоумии-неполное снижение критики, суждений, памяти; пониженное настроение с чувством бесполезности и слезливостью, основные черты характера личности сохранены.



## ЛЕКЦИЯ 5. ОТДЕЛЬНЫЕ ФОРМЫ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА.

**Шизофрения (раннее слабоумие, болезнь Блейлера)**- прогрессирующее психическое заболевание неустановленной этиологии, проявляющееся самыми разными симптомами-от самых легких и преходящих до тяжелых и необычайно стойких, приводящих к особым изменениям личности – так называемому шизофреническому дефекту, при котором возникает эмоциональное обеднение различной степени и аутизм, в то время как память, интеллект и приобретенные до болезни знания могут оставаться без значительных изменений.

**Шизофрения** самое частое психическое заболевание (около 50% признанных невменяемыми в судебно-психиатрической практике). Заболевание начинается от 15 до 25 лет, поэтому иногда обозначается как «раннее слабоумие». Иногда может проявиться и до 15 лет (детская, подростковая), или во взрослом, зрелом возрасте и старости (поздняя, старческая шизофрения). Отличается многообразием клинических проявлений на всех этапах своего развития болезни - начальном, манифестном, отдаленном и исходном. Основными свойствами расстройств и приводящих факторов являются тип течения болезни и особенности симптомов, параметры которые взаимосвязаны. Правильное определение этих особенностей способствует разрешению проблем терапии, трудового и социального прогноза, последнее важно в судебной психиатрии. В зависимости от типа течения разделяют три основные формы шизофрении: непрерывную, периодическую (рекуррентную) и приступообразно-прогредиентную (протекающую в форме шубов).

**Шубообразная шизофрения** может проявляться в зависимости от степени тяжести (прогредиентности) различными типами: злокачественная, умеренно прогредиентная и вяло протекающая шизофрения.

**Злокачественная шизофрения.** Начинается с детского, подросткового или раннего юношеского возраста; чаще у лиц мужского пола ( в три раза чаще), первыми симптомами являются исподволь нарастающие личностные изменения. Снижаются, затем исчезают прежние привязанности, теряются друзья и знакомые. В отношении к близким наряду с равнодушием проявляется раздражение, неприязнь, грубость, вплоть до тупой злобы. Теряется интерес к окружающему и юношеская любознательность. Вялость и пассивность быстро сказывается на катастрофически падающей школьной успеваемости. На этом фоне начинает появляться, до тех пор отсутствовавший интерес, к философским или религиозным книгам (философская интоксикация), интерес к наукам изучаемым в ВУЗах, разрабатывают собственные методы физического и духовного совершенствования или обращаются к различным религиозно-философским учениям (дзенбуддизм), упорно коллекционируют различные предметы или книги. Эти занятия непродуктивны и ничем больного не обогащают.

Развитие личности приостанавливается. На этом этапе развития этой формы болезни появляются расстройства влечений: употребление алкоголя, наркотических средств, воровство, сексуальные эксцессы, бродяжничество. При отсутствии бреда, галлюцинаций или их эпизодичности говорят о простой форме шизофрении. Через 1-4 года течение болезни усложняется-появляются галлюцинаторные, бредовые, аффективные и кататонические расстройства, но они выражены неразвитыми (рудиментарны) и накладываются друг на друга, осложняя диагностику. Через 2-3 года или иногда более длительное течение манифестных проявлений болезни переходит в малоизменчивое состояние, т.н. эмоциональную тупость и остаточными позитивными симптомами. Противоправные действия такими больными совершаются обычно на начальном этапе болезни, реже при появлении психозов с бредом и галлюцинациями.

**Умеренно прогрессирующая (параноидная, бредовая) шизофрения.** Возникает ближе к 25-30 годам; развивается постепенно, особенно в первые годы. Исполдволь и незаметно появляется бред отношения (смотрят, насмеваются, хотят плохого, подсматривают и т.д.). Иногда с самого начала появляется бред отравления, бред ревности, ипохондрический бред или любовный бред. Эти состояния постепенно систематизируются и расширяются, затем формируется бред преследования (паранойальный этап. Появляется бредовая защита от мнимых преследователей. Больные меняют маршруты передвижения, места работы и жительства, ограничивают контакты с окружающими (симптом «пассивного преследуемого-преследователя»). С появлением бредовых идей больные начинают писать письма в различные органы и общественные организации, посещают лично, с просьбой ограничить от недоброжелательного или враждебного отношения. При дальнейшей систематизации бреда появляется симптом персонификации, т.е. знание того, «кто хочет ему зла». В этот период бредовая защита может привести к активным действиям, с нападением на предполагаемого преследователя (симптом «активного преследуемого-преследователя»), различными способами, в том числе многочисленными жалобами, доносами и вплоть до попыток насильственного уничтожения «противника». Вначале может проявляться замкнутостью, повышенной ранимостью, сужением круга интересов при одновременно удовлетворительной и даже хорошей работоспособности. Больные подозрительны, насторожены, о болезни говорят отдельными фразами или намеками, что окружающими воспринимается как неуживчивость и дурной характер. Начальный этап может длиться от 2-3 лет до 10-20 лет и более. Следующий этап болезни-присоединение к бреду симптомов психического автоматизма (синдрома Кандинского-Клерамбо). Появляется страх, выраженная тревога, чувство грядущей опасности, растерянность, периоды возбуждения, кататонические симптомы. В дальнейшем симптомы сглаживаются и на первый план выступают проявления психического автоматизма (галлюцинаторный вариант параноидной шизофрении), или бредовые идеи, а психический

автоматизм остается неразвернутым (бредовый вариант параноидной шизофрении). В дальнейшем возможно усложнение клинической картины появлением брёда величия. Содержание бредовых и галлюцинаторных расстройств становится фантастическим (парафренный этап болезни). Прежняя бредовая система начинает распадаться, а психические автоматизмы усугубляются. Болезнь может стабилизироваться на любом этапе развития.

**Вялопротекающая шизофрения.** По симптоматике многие случаи этого заболевания напоминают неврозы или психопатии. Начало болезни медленное, малозаметное, совпадает на пубертатный период, проявляется неустойчивым настроением, повышенной ранимостью, в сочетании с заносчивостью, стремлением отстаивать свои права, оппозицией к окружающим, самоанализом. При Ш. все это резко усилено, продолжительно и нарушает адаптацию. Одновременно появляются симптомы расстройства мышления в форме обрывов, наплывы мыслей, параллельно текущие мысли. Возникает отчуждение от близких и знакомых, падает интерес к окружающему, превалирует внутренняя душевная жизнь, появляются новые интересы и увлечения отвлеченного характера. Такие больные с неврозоподобными расстройствами (навязчивостями, астенией, истерическими проявлениями) редко совершают противоправные действия. Напротив, шизофрения с отчетливыми психопатоподобными симптомами (возбудимость, раздражительность, злобность, неустойчивость к влиянию среды, внушаемость, склонность к расстройствам настроения по типу дисфорий), в сочетании с эмоциональным снижением, способствует совершению противоправных действий. Состояние алкогольного опьянения у таких больных может привести к наиболее тяжким последствиям. Особое место среди таких больных занимают лица с выраженными расстройствами влечений, т.н. гебоиды, в основном мужчины. Раньше их относили к группе «нравственно помешанных». Неспособные к нормальному труду они начинают вести иждивенческий образ жизни, знакомятся с такими же лицами, начинают пьянствовать, употреблять наркотики, воровать, вступать в многочисленные беспорядочные половые связи. Могут жить в одном месте, но нередко появляется стремление к перемещениям (бродяжничество). Такие больные относятся к не излечимым.

**Паранойальная шизофрения** На всем протяжении проявляется моно- или политематическим бредом (ревности, изобретательства, преследования ущерба, сензитивным бредом отношения, ипохондрического, религиозного, сутяжного или эротического характера. Они сочетаются с гипоманиакальными и субдепрессивными изменениями настроения, с усилением бредовой активности. Болезнь развивается медленно, сохраняется профессиональная подготовка, но постепенно нарастают изменения личности, повышается активность в разоблачении «измен» жены, переписки и обращения в инстанции с «изобретениями», просьбы о наказании виновных, помешавших его признанию, тяжбы. Наиболее отчетливо

проявляются упрямство, раздражительность, утрированный педантизм, склонность к возбудимости, злопамятство, придирчивость.

**Периодическая (рекуррентная) шизофрения.** Протекает в форме приступов, сменяющихся ремиссиями с достаточно полным исчезновением все позитивных расстройств вплоть до полной абсолютной редукции, с незначительными изменениям и личности. Среди больных преобладают женщины. Приступы проявляются синдромами: аффективными (депрессивными и маниакальными), в форме образного бреда различной структуры, в форме онейроидной кататонии. Приступы проходят в определенной последовательности, при повторных приступах сохраняется прежняя структура (клише), иногда с упрощением или усложнением содержания. Первыми возникают аффективные нарушения: пониженное настроение с тревогой, капризностью, обидчивостью, слезливостью. Гипоманиакальные состояния сопровождаются восторженностью, умилением, чувством прозрения. В дальнейшем возникает образный бред, часто фантастического содержания. Двигательное возбуждение сменяется обездвиженностью, до приступа ступора с онейроидным помрачением сознания. Приступы могут остановиться на любом этапе; могут ограничиться однократным приступом или длиться на протяжении многих лет.

**Приступообразно-прогредиентная (протекающая в форме шубов) шизофрения (шубообразная)** Эта форма сочетает проявления и признаки острого и вялого течения заболевания со сменой симптомов и сохранением в межприступный период всех признаков вялотекущей шизофрении. В начальном периоде заболевания отмечаются неврозоподобные, различные психопатоподобные и паранойяльные расстройства, среди которых наибольшее значение имеют аффективная неустойчивость, возбудимость, различные расстройства влечений, сутяжное поведение, бредовая настроенность. Спустя многие годы в пределах 2-20 и более лет на фоне перечисленных симптомов возникают острые психозы, которые встречаются при рекуррентной шизофрении. Появляются синдромы Кандинского-Клерамбо, острый вербальный галлюциноз, интерпретативный бред, выраженные кататонические расстройства без онейроидного помрачения сознания, парафренные состояния. Приступы хаотичны, непоследовательны. Некоторые приступы могут длиться годами. При регредиентном течении часто появляются аффективные и психопатоподобные расстройства. Изменения личности разнообразны по выраженности. Криминогенность при такой форме шизофрении сравнительно невысока, т.к. больные направляются в психиатрические лечебницы. Противоправные действия наблюдаются в самом начальном периоде заболевания при наличии таких расстройств, как растерянность, острый чувственный бред, психические автоматизмы, двигательное возбуждение с импульсивными действиями на фоне тревоги или страха. Подавляющее число противоправных действий совершается в периоды ремиссии болезни.

**Судебно-психиатрическая оценка.** При явной клинической картине заболевания и отчетливых изменениях личности в период ремиссии (симптомы дефекта) сомнений в отношении диагноза шизофрении и судебно-психиатрической оценке вменяемости или невменяемости не возникает. Такие больные, совершившие противоправные действия, признаются невменяемыми. Если болезнь проявилась в период предварительного следствия или судебного следствия, либо в период отбывания наказания, то такие лица направляются на лечение. При достаточно глубокой продолжительной ремиссии заболевания, без личностных изменений, социальной адаптации, стабильного поведения в психотравмирующей ситуации без ухудшения состояния, могут быть признаны вменяемыми. Однако многолетняя судебно-следственная практика и уровень развития психиатрической науки показывают, что подавляющее число больных шизофренией, совершивших правонарушения в период ремиссии, признаются невменяемыми.

## **ЛЕКЦИЯ 6. ЭПИЛЕПСИЯ.**

**Эпилепсия** (падучая болезнь, «черная немочь») – хроническое психическое заболевание, проявляющееся разнообразными судорожными и бессудорожными припадками (пароксизмами), психозами и специфическими изменениями личности и сопровождающиеся в тяжелых случаях развитием типичного мнестико-интеллектуального слабоумия.

От собственно эпилепсии (генуинной, идиопатической, беспричинной, эпилептической болезни) следует отличать симптоматическую эпилепсию. При ней пароксизмальные расстройства являются лишь одним из симптомов болезни и не определяют свойственных основному заболеванию (травматического, сосудистого и т.п. генеза) всех особенностей их проявлений, течения и исхода. Клиническая картина генуинной эпилепсии разнообразна, расстройства при которой можно разделить на три группы:

- 1). кратковременные судорожные или бессудорожные припадочные (пароксизмальные) состояния;
- 2). Острые, затяжные и хронические эпилептические психозы;
- 3). Изменения личности (характерологические и интеллектуальные).

Припадкам (пароксизмам) и иным проявлениям эпилепсии могут предшествовать продромальные явления, длящиеся минуты, часы и дни. Возникает немотивированная раздражительность, головная боль, расстраивается ночной сон, появляется тревога, непоседливость, предчувствие надвигающегося несчастья; изредка повышенное настроение. Обычно продромальные расстройства («предвестники») возникают у одного и того же больного в стереотипной форме (одни и те же). Наиболее типичным проявлением является большой (развернутый) судорожный припадок. В половине случаев припадку предшествует аура; возникает за

несколько секунд или минут до начала припадка. Аура может предшествовать и другим припадочным состояниям.

Существует несколько видов аур:

1). Сенсорная аура – чувство онемения, сжатия, покалывания, жжения, ползания мурашек; отрывочные зрительные галлюцинации, иногда различного цвета; неприятные и необычные запахи или вкусовые ощущения; ощущения головокружения, потери равновесия, неустойчивости, вращения; слуховые обманы в форме акоазмов и фонем.

2). Вегетативная аура – тахикардия, чувство удушья, приступы голода, жажды, потливость, похолодание или ощущение жара, усиление перистальтики, болевые ощущения в груди и животе;

3). Моторная аура – топтание, кружение на месте, внезапный бег, выкрики, повторение отдельных слов и фраз;

4). Висцеросенсорная (эпигастральная) аура – внезапное неприятное ощущение в подложечной области, с тошнотой, распространяющееся вверх к голове, где воспринимается как удар;

5). Психическая аура – аффекты страха, ужаса, «сверхужаса», или напротив восторженность, чувство прозрения, проникновения в суть всего происходящего, сценические зрительные галлюцинации определенного содержания, расстройства, когда все кажется виденным, слышанным пережитым, или наоборот, новым и впервые услышанным, ощущение остановки времени или его исчезновения. У одного о того же больного может быть одна аура и несколько видов аур, которые стереотипно повторяются. При всех видах аур имеет место помрачение сознания, а содержание самой ауры запоминается вплоть до мельчайших деталей. Иногда после припадка наблюдается состояние неглубокого оглушения сознания с дезориентировкой в окружающем, не осмыслением ситуации, двигательными расстройствами в форме заторможенности или возбуждения (постприпадочное состояние). Прерванный на какой-то фазе припадок называется abortивным припадком.

Припадки (пароксизмы) – внезапно развивающиеся непродолжительные (транзиторные) состояния помрачения сознания различной глубины (вплоть до полной её утраты) с двигательными нарушениями, в первую очередь в форме различных судорог.

**Большой эпилептический припадок** – при этом припадке развитие нарушений происходит в определенной последовательности. Самому припадку может предшествовать продром (предвестник) в виде недомогания, разбитости, головных болей, изменения настроения, которое может продолжаться часами или сутками. Сам припадок начинается с ауры, при которой окружающее больными не воспринимается, но содержание ауры остается в памяти. У каждого больного одна и та же постоянная форма или формы ауры. Иногда припадок может ограничиваться только этим расстройством. Обычно вслед за аурой развивается тоническая фаза припадка с мгновенной утратой сознания. Тоническое сокращение всех

мышц приводит к падению больного («как подкошенный»). Больной издает крик, вой или стон. Само падение может привести к серьёзным травмам больного. Тонические судороги продолжаются и после падения: конечности вытягиваются, приподнимаются вверх, челюсти сжимаются, зубы стискиваются, дыхание прекращается. Лицо бледнеет, затем мгновенно синееет (при прекращении дыхания). Возможно непроизвольное мочеиспускание или дефекация. Тонические судороги длятся не более одной минуты. Затем возникает клоническая фазы припадка, проявляющаяся клоническими судорогами- прерывистые сокращения мышц конечностей, туловища, шеи. Частота этих судорог в течение нескольких минут завершается, наступает мышечное расслабление. Во время самих клонических судорог отмечается хриплое дыхание, выделение слюны, иногда с окрашиванием кровью из-за прикусывания языка или слизистой щёк; исчезает синюшность лица. Вслед за клоническими судорогами наступает кома, сменяющаяся сопором, с последующим переходом в сон или наступает прояснение сознания. О самом припадке больные не помнят, но осознают, что был припадок по своему общему состоянию (разбитость, головные боли, боли в местах ушибов при падении).

**Малый припадок** – внезапная потеря сознания с застыванием в одной позе. Иногда отдельные судорожные подергивания в различных группах мышц. Вместо обездвиженности могут быть стереотипные движения, произношение отдельных фраз или слов. Лицо бледнеет, взгляд устремлен в одну точку, либо блуждающий. Припадок длится от нескольких десятков секунд до минуты. Кратковременная потеря сознания на несколько секунд называется абсансом. Малый припадок и абсанс сопровождаются полной амнезией (потерей памяти на этот период времени). Повторяющиеся сериями, без прояснения сознания, припадки обозначаются как эпилептический статус, без оказания медицинской помощи может привести к смерти больного, обычно Э.С. развивается при больших судорожных припадках, изредка наблюдается при малых припадках и абсансах. Психические эквиваленты- непродолжительные психические расстройства, развивающиеся как бы вместо припадка (эквивалент-равнозначный). Дисфория – эпилептическое расстройство настроения. Депрессивное расстройство при дисфориях: тоска, тревога, беспричинный страх, злобность, подозрительность, напряженность, готовность к разрушительным действиям, направленным против окружающих больного лиц. Дисфории могут сопровождаться неприятными, иногда мучительными физическими ощущениями (сенестопатиями): боль в сердце, жжение в различных местах, чувство сжатия внутренних органов, может сопровождаться двигательной заторможенностью. Иногда наблюдается подавленное настроение. Состояние повышенного настроения проявляется восторженностью, достигающей высоты экстаза. Повышенный аффект может проявиться мориоподобными чертами или чертами дурашливости с паясничанием, с постоянной раздражительностью. На высоте дисфории

может наступить помрачение сознания. В периоды дисфорий могут возникнуть: непреодолимое стремление к бродяжничеству (дромомания, пориомания), запойному пьянству (дипсомания), воровству (клептомания), поджогам (пиромания), сексуальные эксцессы.

**Сумеречные помрачения сознания** – самая частая форма расстройства сознания при эпилепсии. Они проявляются дезориентированностью в месте, времени, окружающем, собственной личности, неправильным поведением. Преобладание только этих симптомов говорит о простой форме сумеречного расстройства сознания. Окружающее не воспринимается. Движения автоматизированы, не отражаются на его поведении. Речи нет или она бессвязна. После эпизода полная амнезия. Эта форма чаще всего сопровождается большой судорожный припадок. Сумеречное помрачение сознание может сопровождаться бредом, галлюцинациями, измененным аффектом. Речевой контакт сохранен в разной степени. Преобладают бредовые идеи преследования, личной и всеобщей гибели, эротически-религиозный или экспансивный бред (величия, реформаторства, мессианства). Из галлюцинаторных расстройств чаще всего встречаются зрительные и обонятельные, реже – слуховые. Зрительные галлюцинации, цветные, яркие, содержат сцены войны, катастроф, убийств, пыток, видения религиозно-мистического и эротического характера. Для обонятельных галлюцинаций типичны запах жженого пера, дыма, гари, гнили, мочи. Устрашающий характер бреда и галлюцинаций сочетается с аффектами страха, ужаса, злобы, иступленной ярости; значительно реже встречается состояние экстаза. Двигательные расстройства в форме возбуждения целостные и последовательные, с действиями, требующими большой ловкости и физической силы. Возможны кратковременные прояснения сознания. Наблюдается запоздалое забытие бывших расстройств (ретардированная амнезия). Нередко наблюдается состояние неполной или полной обездвиженности большого- эпилептический субступор и ступор, длящихся часами, днями, иногда неделями. Особенности бреда, галлюцинаций и аффекта при таких формах течения болезни-частая причина опасного для окружающих поведения больных.

**Сумеречные состояния без бреда и галлюцинаций:** амбулаторный автоматизм и сомнамбулизм. Амбулаторный автоматизм (фуга, транс) – непроизвольное блуждание в состоянии измененного сознания. Проявляется неотчетливостью окружающего, привычные автоматизированные действия на внешние раздражители, создают впечатление погруженных в себя людей, совершают длительные путешествия и переезды из города в город; длится от нескольких минут до недель, завершается глубоким сном и амнезией. **Сомнамбулизм** (лунатизм, снохождение) – амбулаторный автоматизм, наступающий во сне. Для больных характерны медлительность и тугоподвижность – грузность мышления, бедность речи, употребление слов и выражений религиозного характера, т.н. божественная номенклатура. Собственное «я» в центре внимания больного. Больные эпилепсией педанты,



особенно в мелочах, сторонники правды и справедливости, склонны к назидательным поучениям, любят опекать, вера в выздоровление не покидает их (эпилептический оптимизм). Больные по поведению прямо диаметрально противоположны: у одних раздражительность, придирчивость, склонность к ссорам, вспышки гнева и злобы, с опасными и жестокими действиями по отношению к окружающим; у других робость, боязливость, склонность к самоуничтожению, утрированная любезность, льстивость и подобострастие, почтительность и ласковость в обращении. Эти полярные свойства могут сосуществовать у одного и того же больного, поэтому поведение их непредсказуемо. Вырабатывается т.н. эпилептический характер – при слабой выраженности и сохранности профессиональной и жизненной адаптации. Резкие сдвиги в характере с четкими изменениями памяти дают основания считать таких больных в состоянии эпилептического слабоумия. Течение болезни хроническое, начало заболевания чаще в детском или подростковом возрасте, дебют после 40 лет (поздняя эпилепсия). Первый припадок может наступить под воздействием внешних факторов (травма головы, инфекция, психогения и др.). Экзогенные факторы могут наряду с состоянием декомпенсации усугубить состояние больного (алкоголь, инфекция, психическая травма, черепно-мозговая травма и др.). Раннее проявление эпилепсии в детстве приводит к задержке умственного развития, подобного олигофрении.

Эпилептические, истерические припадки и сумеречные нарушения сознания. **Истерические припадки** (расстройства) обычно развиваются в ответ на эмоциогенные воздействия, не сопровождаются глубоким нарушением сознания, отражают всем понятные желания или опасения больных, обусловленные реальной ситуацией. Истерические припадки длительнее (до нескольких часов), чем эпилептические. Поведение больных при истерическом припадке имеет оттенок театральности, нарочитости.

## **ЛЕКЦИЯ 7. МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ.**

Маниакально-депрессивный психоз (циркулярный психоз, маниакально-меланхолический психоз, циклофрения)-заболевание, протекающее в форме маниакальных и депрессивных фаз, разделенных интермиссиями, т.е. состояниями с полным исчезновением психических расстройств и с сохранностью присутствующих до начала болезни индивидууму личностных особенностей. Наиболее важным критерием для диагностики является отсутствие характерологических сдвигов даже после многих лет болезни. Женщины страдают этой болезнью почти в два раза чаще мужчин. Первая манифестация развивается между 35-55 годами. При опросе можно выяснить в прошлом наличие эпизодических, или частых стертых аффективных расстройств – гипоманиакальных или субдепрессивных. Это период, когда болезнь протекала на «амбулаторном уровне».

**Маниакальная фаза**, для которой характерно повышенное настроение, двигательное возбуждение, ускорение темпа мышления (маниакальная триада). Больные веселы, довольны собой, чувствуют себя счастливыми, все их переживания в приятных тонах. Неприятные ощущения им просто недоступны. Все прошлые несчастья забыты, будущие затруднения не смущают и не беспокоят. Физическое самочувствие превосходно, избыток энергии – постоянны; повышенное чувство собственного достоинства. Это картина **«веселой мании»**. Настроение больных легко подвергается колебаниям. Требовательность и нетерпеливость приводят к столкновениям с окружающими, особенно если ему противоречат, веселье сменяется раздражением, гневливостью, вспышками непродолжительной ярости. При миролюбивом тоне разговора легко возвращается добродушное веселье. При смене повышенного настроения на протяжении значительных отрезков времени с отчетливым недовольством и раздражением наблюдается т.н. **«гневливая мания»**. Для больных типична переоценка своих возможностей, обычно в профессии, творчестве, физических возможностей, предпринимательства; заносчивость и легкомыслие напоминает хвастовство. Иногда эти идеи могут смениться настоящим бредом: бред величия различного содержания-богатства, реформаторства, высокого социального происхождения, исключительных возможностей, которые чаще возникают в пожилом возрасте. Больным свойственны готовность оказывать покровительство окружающим, предлагать свои услуги, раздавать обещания («параличеподобные мании»). Бред маниакальных больных отличается от бреда при прогрессивном параличе тем, что высказывания в пределах мыслимого, и бредовые идеи не противоречат друг другу. Маниакальный больной может быть разубежден. Избыточная активность и оптимизм могут привести к выраженному сутяжному характеру (борьба за справедливость). Часто и резко повышаются влечения с кутежами, выпивками, сексуальными эксцессами, ненужными тратами и расточительством. В больницах такие больные держат медицинский персонал в постоянном напряжении. Внешний вид больных отличается от других: глаза блестят, лицо гиперемировано (покрасневшее), при разговоре вылетают брызги слюны, образуются пенные скопления по углам рта и на губах; мимика отличается живостью, движения быстры, порывисты, жесты и позы выразительны, неусидчивость при необходимости, часто меняют позу, вскакивают с места, начинают ходить и бегать по кабинету, едят стоя, торопливо глотая неперевавленную пищу, аппетит повышен, до прожорливости, разговор громкий, быстрый, не переставая, до осиплости и хрипоты, при разговоре легко перескакивают с одной темы на другую, легко отвлекаются от темы при незначительных внешних раздражителях, высказывания отрывочны т.н. скачка идей. Речь перемежается шутками, остротами, каламбурами, иностранными словами, цитатами, анекдотами, особенно эротического содержания; в речи нецензурные слова и выражения, вплоть до площадной брани; речь прерывается неуместным смехом, насвистыванием, пением. Возбуждение нарастает вечером, часты ссоры с окружающими, но настоящей агрессии

почти не бывает. Больные спят мало, но крепко, встают раньше всех, сообщают персоналу о прошедших событиях.

**Депрессивная фаза.** При постепенном развитии болезнь начинается соматическими, в первую очередь вегетативными расстройствами. Возникает потливость, тахикардия, иногда экстрасистолия, перепады артериального давления, приливы холода и жара, повышенная зябкость, головокружения, прогрессивное похудение, снижается и может исчезнуть аппетит, появляются запоры, иногда изжога, отрыжка, тошнота; ночной сон прерывистый, тревожный со сновидениями, просыпаются рано, наступающий день волнует и тревожит, отмечается вялость и разбитость, встают с трудом, предчувствия тягостные, появляется рассеянность и забывчивость, снижается работоспособность (вегетативная, или ларвированная (скрытая) депрессия), или «депрессия без депрессии». С углублением расстройств появляются основные симптомы депрессии: подавленное настроение, идеаторное и двигательное торможение (депрессивная триада). В этой стадии фазы подавленное настроение проявляется: скука, грусть, неудовлетворенность, бессилие, (гипотимическая депрессия); при углублении возникает: тоска, с болезненными ощущениями в груди, реже в надчревной области, больные это выражают как будто: «болит душа», «в душе ломит, давит, щемит, жжет» – это т.н. предсердечная тоска. Теряется интерес ко всему окружающему с тягостным осознанием происходящей перемены (меланхолическая деперсонализация). На высоте её развития возникает мучительное ощущение полной душевной опустошенности, утраты всех чувств, даже к близким людям-скорбное бесчувствие. Больные про себя говорят «отупели», «окаменели», «сделались равнодушными»- это т.н. анестетическая депрессия. Прошлое представляется обесцененным и полным ошибок, настоящее как мука, будущее бесперспективно, внушает страх. На этом фоне легко возникают депрессивные бредовые идеи, в первую очередь идеи самообвинения за мнимые и несущественные проступки прошлого и настоящего. Больные называют себя преступниками извергами, предателями, садистами, вырожденками, просят совершить с ними «справедливый суд». При идеях самоуничтожения неправильной самооценке подвергаются не действия, а духовные или физические качества. Больные называют себя тупыми, глупыми, бессердечными, ленивыми, грязными, вонючими, заразными; считают, что они всем в тягость, не заслуживают внимания, готовы искупить вину и т.п. Это депрессия с бредом самообвинения и самоуничтожения. Наряду с этим у таких больных возникает ипохондрический бред (бред несуществующей болезни). Он может сочетаться с тягостными или просто болезненными ощущениями (жжения, переливания, натяжения и т.п.). Это сенестопии. В совокупности это называется ипохондрически-сенестопатическая депрессия. В тяжелых случаях появляются вербальные иллюзии осуждающего содержания, больным слышатся такие слова, как «погубила детей», «жрет как свинья», «валяется в постели целыми днями», «симулянтка», «развратница». Одни воспринимают слышимое как заслуженное, другие не в полной мере и не в том, как о них судят окружающие (бред осуждения). Идеаторное торможение

проявляется в резком уменьшении числа мыслей и представлений, до степени, что им кажется - голова пуста; преобладают мысли и представления связанные с депрессивным аффектом и бредом с однообразным замедленным содержанием.

Двигательная заторможенность от некоторой замедленности всех движений до полной обездвиженности различной глубины (депрессивный субступор или ступор). Больные в этом состоянии выглядят старше своих лет, голова опущена, губы плотно сжаты, брови сдвинуты, взгляд направлен вниз или в пространство, мигают редко, за происходящим вокруг не следят взглядом, кривят лицо, всхлипывают, но глаза остаются сухими, поза согбенная, положение тела и частей тела меняется редко; лежат в постели неподвижно. Голос тихий, беззвучный. Состояние депрессивных больных утяжеляется в утренние часы. Во многих случаях фазы маниакально-депрессивного психоза носят смешанный характер: сочетание симптомов торможения и возбуждения. Сочетание речевого и двигательного возбуждения - ажитированная депрессия. Другая частая форма депрессии, где отсутствие речевого и двигательного торможения сочетается с тревогой или со страхом - тревожно-ажитированная депрессия со страхом. В этом состоянии больных не покидает предчувствие надвигающегося несчастья, больные не находят себе места (не сидится, не лежится, не стоится), они в постоянном движении. При редуцированном двигательном возбуждении они, несмотря на тревогу, могут сидеть, беспрерывно раскачиваясь корпусом или двигать кисти или пальцы рук. Часто эта фаза с речевым возбуждением, которое проявляется многократным повторением фраз- «умертвите меня, я преступница»,» страшно, страшно...» – (тревожная вербигерация). Именно в такой фазе тревожно-ажитированной депрессии наблюдается меланхолический раптус (меланхолический порыв, меланхолическое буйство), т.е. внезапное двигательное возбуждение с целью самоизувечения или самоубийства. Склонность к самоубийству – одна из самых важных особенностей всех депрессивных больных, при этом самоубийства чаще совершаются на рассвете и рано утром, когда усиливается тоска и безысходность и у каждого депрессивного больного есть мысль о смерти. Такие больные считают обреченными не только себя но и своих близких, которых они пытаются уговорить на самоубийство, или совершают убийство родных, затем кончают с собой (расширенное самоубийство).

**Циклотимия** – смягченная форма маниакально-депрессивного психоза. Триада Протопопова: расширение зрачков, учащение пульса, спастический запор. Варианты течения болезни: 1. В форме периодических депрессий или периодических маний; 2. Течение сдвоенными фазами, при котором один тип фазы непосредственно сменяется противоположным, а затем наступает светлый промежуток; 3. Циркулярное-непрерывное (континуальное) течение, когда противоположные по симптоматике фазы непрерывно сменяют друг друга без развития между ними светлого промежутка.

## ЛЕКЦИЯ 8. ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА.

Принципы классификации черепно-мозговой травмы. По опыту Института нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко и других ведущих нейрохирургических школ и учреждений страны принципы классификации СМТ основаны на её биомеханике, виде, типе, характере, форме, тяжести повреждений, клинической фазе, периоде течения и исходе травмы.

По биомеханике различают ЧМТ: 1. **Ударно-противоударную** (ударная волна распространяется от места приложения травмирующего агента к голове через мозг к противоположному полюсу с быстрыми перепадами давлений в местах удара и против удара); 2. **Ускорения-замедления** (перемещение и ротация массивных больших полушарий относительно более фиксированного ствола мозга); 3. **Сочетанную** (одновременно воздействуют оба механизма).

По виду повреждения: 1. **Очаговые** (характеризуются локальными повреждениями ткани мозга различной степени, с участками разрушения – ушиба, в месте удара, противоудара, по ходу ударной волны); 2. **Диффузные**, преимущественно обусловленные травмой ускорения-замедления с первичными и вторичными разрывами аксонов, точечными и мелкоочаговыми кровоизлияниями; 3. **Сочетанные**, когда имеются очаговые и диффузные повреждения головного мозга.

По генезу поражения мозга: 1. **Первичные** поражения-очаговые ушибы и размозжения мозга, диффузные аксональные повреждения, первичные внутрочерепные гематомы, разрывы ствола, внутримозговые кровоизлияния; 2. **Вторичные** поражения: а). за счет вторичных внутрочерепных факторов-отсроченные гематомы (эпидуральные, субдуральные, внутримозговые), нарушения гемо- и ликворобращения в результате субарахноидального или внутрижелудочкового кровоизлияния, увеличение объема мозга или его набухания вследствие отека, гиперемии или венозного полнокровия, внутрочерепная инфекция и др.; б). за счет вторичных внечерепных факторов: артериальная гипотензия, гипоксемия, гиперкапния, анемия и других.

По типу ЧМТ: **изолированная** (без внечерепных повреждений), **сочетанная** (если механическая энергия вызывает внечерепные повреждения) и **комбинированная** (при воздействии различных видов энергии-механической и термической или лучевой или химической) травмы.

По характеру ЧМТ: **закрытая** (при отсутствии повреждений мягких покровов головы или поверхностные повреждения без нарушения целостности апоневроза); **открытые** – при наличии ран мягких тканей головы, переломов костей с ранением мягких тканей, переломов основания черепа с кровотечением из носа или уха. При целостности твердой мозговой оболочки – непроникающая травма, при нарушении целостности ТМО-проникающая.

По тяжести ЧМТ делятся на 3 степени: легкая, средней тяжести и тяжелая. **Легкая** – сотрясение головного мозга и ушиб головного мозга легкой степени; **среднетяжелая** – ушиб мозга средней степени, подострое и хроническое сдавление мозга; **тяжелая** – ушиб мозга тяжелой степени, диффузное аксональное повреждение и острое сдавление мозга.

По механизму возникновения ЧМТ: а). **первичная** (когда травма мозга не обусловлена предшествующей церебральной или внецеребральной катастрофой); б). **вторичная** (травма мозга происходит вследствие церебральной катастрофы - падение при инсульте или при инфаркте миокарда с причинением ЧМТ).

**Клинические формы** ЧМТ: 1). Сотрясение головного мозга; 2). Ушиб мозга легкой степени; 3). Ушиб мозга средней степени; 4). Ушиб мозга тяжелой степени; 5). Диффузное аксональное повреждение; 6). Сдавление мозга; 7). Сдавление головы.

**Клинические фазы** течения черепно-мозговых травм: 1. Фаза клинической компенсации (при благоприятном исходе очаговой и общемозговой симптоматики, при сохранности признаков перенесенной легкой ЧМТ клиническими или инструментальными методами обследования). 2. Фаза клинической субкомпенсации (элементы оглушения, различные мягко выраженные неврологические симптомы). 3. Фаза умеренной клинической декомпенсации (состояние средней тяжести или тяжелое, умеренное оглушение, новые очаговые симптомы, вторичные стволовые знаки). 4. Фаза грубой клинической декомпенсации (состояние тяжелое или крайне тяжелое, глубокое оглушение – кома, нарушение жизненно-важных функций угрожающее). 5. Терминальная фаза (необратимая кома, грубые нарушения жизненно-важных функций, арефлексия, атония, мибриаз).

**Базисные периоды течения** ЧМТ: 1. Острый (взаимодействие травматического субстрата, реакция повреждений и реакция защиты). 2. Промежуточный (рассасывание и организация повреждений и дальнейшее развертывание компенсаторно-приспособительных процессов). 3. Отдаленный (завершение или сосуществование местных и дистантных дегенеративно-деструктивных и регенеративно-репаративных процессов).

**Последствия** ЧМТ: устойчивое патологическое состояние с характерной динамикой развития симптоматики, требующих лечебных мер для коррекции. Осложнения ЧМТ- присоединение патологических процессов, не связанных с самой ЧМТ или мягких тканей, но возникших от экзогенных и эндогенных факторов (инфекции, инородные тела, переломы костей основания черепа, соматические заболевания, возрастные особенности, иммунодефицит, нарушения трофики, реологических свойств крови и др.). Превалируют гнойно-воспалительные, аутоиммунные, сосудистые, нейротрофические и другие. Среди гнойно-воспалительных – менингит, менингоэнцефалит, вентрикулит, абсцесс, субдуральная эмпиема, васкулит и др., черепные осложнения – остеомиелит, внечерепные –

пневмонии, пролежни, цистит, пиелит и др., общеорганизменные - сепсис. Рубцы, кисты, ишемии, гидроцефалии также являются последствиями ЧМТ.

**Исходы ЧМТ** по рекомендации института нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко: 1. Выздоровление, хорошее восстановление. 2. Небольшие нарушения, снижена трудоспособность 3. Астения с утомляемостью, снижение памяти. 4. Быстро устает физически и психически, снижена память и др. 3-я группа инвалидности. 5. Выраженные нарушения психики, двигательные нарушения. 2-я группа инвалидности. 6. Грубые нарушения психики, двигательных функций, зрения. 1-я группа инвалидности. 7. Вегетативное состояние (апатический синдром). 8. Смерть.

**Основные клинические варианты** отдаленных последствий ЧМТ: травматическая астения, психопатоподобные изменения личности, различные эпилептиформные проявления, травматические психозы, слабоумие. Травматическая астения проявляется сочетанием повышенной истощаемости и эмоциональной лабильности с неустойчивостью, повышенной чувствительностью, головными болями, нарушением сна. Физические нагрузки, перепады атмосферного давления, психогенные факторы влияют на состояние больного; появляется склонность к ипохондрическим идеям, истерическим реакциям. Эти симптомы обусловлены нарушением крово- и ликворообращения головного мозга. Из-за незначительности психических изменений лица с травматической астенией признаются вменяемыми. Психопатология отдаленного периода ЧМТ проявляется частыми аффективно-волевыми нарушениями, которые нередко оформляются в психопатоподобный синдром, при этом аффективно-волевые нарушения сочетаются с нерезко выраженными интеллектуальными расстройствами, астенией, неврологической симптоматикой (эксплозивный и истероидный вариант синдрома, реже смешанный (мозаичный) вариант). Наиболее тяжело протекает эксплозивный вариант с длительными и глубокими дисфориями с напряженным тоскливо-злобным, тоскливо-тревожным или мрачно-угрюмым аффектом. Тяжелые дисфории сопровождаются физическим недомоганием, сенестопатиями, подозрительностью, недоверием, бредовой настроенностью к окружающим, бредовой депрессивно-ипохондрической интерпретацией. Сочетание психических проявлений с неврологическими и сосудистыми нарушениями определяет невменяемость лиц, совершивших правонарушения с применением мер медицинского характера. Травматическая эпилепсия (эпилептиформный синдром) чаще всего после открытых и тяжелых закрытых ЧМТ. Возникают большие, малые, джексоновские (двигательные и сенсорные) припадки, оптико-вестибулярные приступы, диэнцефальные приступы без судорог, рудиментарные тонические судороги, психосензорные приступы с различными психическими аурами, сумеречные расстройства сознания, дисфории и большие эпилептические психозы. Эпилептиформные расстройства: дисфории, сумеречные состояния сознания, которые нередко сочетаются с судорожными припадками в связи с воздействием дополнительных экзогенных факторов. Аффективные психозы протекают в

форме периодических депрессивных, маниакальных или биполярных приступов. Галлюцинаторно-параноидные психозы с образным, полиморфным, конкретным по содержанию и эмоционально насыщенным бредом, речедвигательным возбуждением. Травматические психозы протекают приступообразно или затяжным течением. Травматическое слабоумие после тяжелых ранений и контузий, чаще при поражении лобных, нижнетеменных и височных долей мозга. Два вида: резидуальное, устанавливающееся в остром периоде травмы, и последующее – через несколько лет после травмы. Чаще проявляется на фоне повторных травм, алкоголизма, атеросклероза; выражается выраженным интеллектуально-мнестическим дефектом с грубыми нарушениями критических способностей и аффективно-волевыми расстройствами (эксплозивность, эйфория, апатия). **Судебно-психиатрическая оценка** вменяемости переменчива. При корсаковском амнестическом синдроме и травматическом слабоумии лицо признается невменяемым.

## **ЛЕКЦИЯ 9. ИНФЕКЦИОННЫЕ, ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ, СОСУДИСТЫЕ, ВОЗРАСТНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА И СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ПСИХОЗЫ.**

**Энцефалиты** – воспалительные заболевания головного мозга, чаще всего вторичные (осложнение различных инфекционных заболеваний) или - эпидемический и сезонные вирусные энцефалиты. Болезни вызывающие энцефалиты-ревматическая болезнь, тифы (брюшной и сыпной), малярия, корь, скарлатина, паротит; проявляется на высоте заболеваний. В острой стадии проявляется сумеречным состоянием сознания, делирием, состоянием оглушенности, аменцией, нередко с судорожными припадками.

Инфекционный энцефалит, перенесенный в раннем детстве чаще приводит к развитию слабоумия различной глубины, судорожным припадкам, расторможенности и извращению полового влечения, повышению пищевого аппетита, достигающего прожорливости (булимия), психофизическому инфантилизму, повышенной внушаемости, детскостью суждений. Часто психопатоподобный синдром с безмотивным упрямством, повышенной эмоциональной возбудимостью, с приступами ярости и агрессивными и разрушительными тенденциями, по любому поводу. Могут сочетаться с суетливостью, двигательным беспокойством, склонностью к бродяжничеству, что при одновременной сексуальной расторможенности и внушаемости больных, особенно с алкоголизмом, значительно повышает их общественную опасность. Ухудшение и декомпенсация психического состояния обычно связаны с другой инфекцией, травмой мозга, психическими травмами, злоупотреблением алкоголем. Проявления этого заболевания способствуют сутяжному или ипохондрическому развитию личности.



Психические расстройства при инфекционных энцефалитах:

**ревматический энцефалит** – затяжные ревматические психозы с астено-депрессивными, ипохондрическими, параноидными, галлюцинаторно-параноидными синдромами. Симптоматическая эпилепсия, приводящая к хорее (насильственные беспорядочные движения). Постепенное углубляющееся слабоумие с ослаблением памяти.

**Гриппозный энцефалит** – редкий, может протекать с делирием или нарастающей оглушенностью, возможны тревожно-депрессивные состояния, психосенсорные расстройства. При внешних неблагоприятных факторах (интоксикации, травмы мозга) могут привести к обострению.

**Малярийный энцефалит** – актуальность утратил, за исключением хронических малярийных энцефалитов. В острой стадии могут быть коматозные, эпилептиформные и церебральные формы расстройств. Явления делириозного, галлюцинаторно-бредового состояния, острой спутанности. **Эпидемический энцефалит** (энцефалит Экономо) – возбудитель фильтрующийся вирус; в острой стадии маниакальные или депрессивные состояния временами с галлюцинациями и бредовыми идеями, зрительные нарушения, неврологические симптомы, нарушения сна, сомато-неврологические расстройства с паркинсонизмом, тремором, скованностью и гипертонусом мышц, неподвижный взор, нарушения обмена веществ, расстройства влечений, снижение активности, изменения характера личности, расторможенность полового и пищевого влечений, патологическая настойчивость больных. Болезнь, перенесенная в раннем детстве приводит к слабоумию.

**Сезонные энцефалиты:** клещевой энцефалит – в острой стадии делирий, сумеречное состояние, оглушенность. В хронической стадии-галлюцинаторно-параноидные состояния с бредовыми идеями преследования, отравления, зрительными и слуховыми галлюцинациями. Тоскливость или повышенное настроение с двигательной расторможенностью, нередко астенические состояния. Комариный (летне-осенний) энцефалит- в острой стадии менингеальные и общемозговые симптомы. Развиваются тяжелые расстройства сознания (делирий, аменция), двигательное возбуждение, галлюцинаторно-параноидный, депрессивный и корсаковский синдромы. В хронической стадии болезни- развитие органической деменции, до глубокой степени, иногда галлюцинации или бредовые состояния, обусловленных органическим поражением головного мозга.

**Сифилис мозга**– возбудитель – бледная трепонема, первичное поражение мозга, его оболочек и кровеносных сосудов, хроническое заболевание при неизлеченных случаях; протекает в виде неврастенической и менингеальной формах (раннее проявление сифилиса мозга), гуммозная, эпилептиформная, апоплектиформная, галлюцинаторно-параноидная, псевдопаралитическая. Все формы с нарастающей деградацией психики органического типа. Прогрессивный паралич: через 10-15 лет болезни

сифилисом. Нарастающее слабоумие. Бредовые идеи величия или депрессивно-ипохондрический бред с особой нелепостью. Эйфория с благодушием и беззаботностью, с отсутствием осознания болезни. Растворимость полового и пищевого влечения. Ранний симптом Аргайль-Робертсона (неравномерность зрачков, неправильность формы зрачков, миоз), расстройство лицевой и тазовой иннервации, дизартрия, парезы, афазия и апраксия. Три периода течения болезни: начальный период (начинающийся паралич, «неврастеническая стадия»), период полного развития и заключительный период (паралитический маразм). Клинические формы прогрессивного паралича: дементная, экспансивная (классическая), депрессивная, ажитированная, припадочная, параноидная и юношеская, возникающая на основе врожденного сифилиса. На финальном этапе болезни к глубокому слабоумию присоединяется глубокое расстройство речи, контрактуры, пролежни, крайнее истощение.

**Сосудистые заболевания головного мозга.** Мозговой атеросклероз-хронически протекающее общее заболевание с поражением артерий (особенно сердца и мозга) за счет отложения в их стенках липидов и разрастания соединительной ткани, приводящих к сужению просвета артериальных сосудов, снижения тока крови, с ишемическими явлениями в ткани органа (сердца и мозга). Предрасполагающие факторы: наследственность, психогении, черепно-мозговые травмы, интоксикации (алкоголь, курение). Самым ранним проявлением является неврастеноподобный синдром (ослабление памяти, усиление и заострение личностных особенностей, беспокойство, тревожность, мнительность, экономность, скупость, аккуратность до педантичности. В последующем упадок психической деятельности, интеллектуально-мнестические расстройства, нарастают эмоциональные расстройства в виде раздражительности, слабодушии, недержании аффектов, эгоистичность, сужение круга интересов, расстройства сна, глазные симптомы, нарушения сухожильных рефлексов и другие внешние признаки. На фоне расстройств памяти наблюдается благодушно-эйфорическое настроение и дезориентировка в окружающем, на этом фоне бредовые идеи величия. Может развиваться корсаковский синдром, а также симптомы параличей, нарушения речи (афазия), нарушения действий (апраксия), нарушения узнаваний (агнозия), редкие судорожные проявления (поздняя эпилепсия). При остром расстройстве мозгового кровообращения (ОНМК) может развиваться сумеречное расстройство сознания с психомоторным возбуждением, неправильным агрессивным поведением или депрессивное состояние с бредом самообвинения и обвинения, с совершением суицидальных поступков, часто расширенных (убийство членов семьи и самоубийство). Могут быть бредовые идеи ревности, изобретательства или ипохондрический бред.

**Гипертоническая болезнь:** повышенное артериальное давление, обусловленное нервно-функциональными нарушениями регуляции

сосудистого тонуса. Пусковым моментом является перенапряжение ЦНС, на фоне психоэмоциональной нагрузки, влияние атмосферных явлений, и другие внешние и внутренние факторы. Психические нарушения проявляются по нарастающей траектории, соответствуют невротоподобному синдрому. Часты навязчивые явления: навязчивые воспоминания и сомнения, навязчивые страхи, снижение памяти. Затем гипертонические психозы с расстройством сознания по типу сумеречных, делириозных, аментивных или состояний оглушенности. При гипертонических кризах и инсультах клинические проявления парезов, параличей, нарушений речи, прогрессирующее снижение памяти и критики.

**Психозы позднего возраста:** Пограничные психические расстройства проявляются подавленностью настроения, повышенной тревожностью, преувеличением внимания к своему здоровью, фиксацией на неприятных ощущениях. Они сочетаются с сердечно-сосудистыми и другими соматическими заболеваниями. Инволюционная меланхолия-самое распространенное заболевание, начинается с эмоциональных нарушений в виде тревожно-ажитированной депрессии с ипохондрическими переживаниями. Инволюционный параноид (пресенильный бред ущерба, пресенильная паранойя или парафрения) – типичным является наличие ярких бредовых идей и галлюцинаций на фоне тревожно-тоскливого настроения. Инволюционная истерия- на первом месте аффективная неустойчивость и лабильность. По незначительным поводам бурные эмоциональные реакции. Спазмы в горле при волнении, неприятные ощущения в теле, парезы конечностей, функциональные припадки (климакс также может сопровождаться истерическими припадками). Пресенильные психозы- начинаются с психогенно-истерической симптоматики в условиях психотравмирующей обстановки. Пресенильные деменции-развиваются в связи с атрофическими изменениями вещества головного мозга (болезнь Пика, Альцгеймера и др.) малозаметное начало, прогрессивность и необратимость расстройств, прогрессирующее слабоумие, с очаговыми локальными расстройствами. Характерно прогрессирующее расстройство памяти по типу прогрессирующей амнезии; афазии (амнестическая, сенсорная, логоклония и насильственная речь), нарушения письма, чтения, апраксия и агнозия, иногда эпилептиформные припадки. Нередко начинается псевдопаралитическим синдромом (при поражении лобных долей полушарий мозга), с изменениями личности с безразличием, расторможенностью влечений, повышенным настроением, психической и моторной спонтанностью. Старческие психозы- в виде прогрессирующего слабоумия и аффективных или галлюцинаторно-бредовых психозах. Две формы: старческое слабоумие и старческие психозы в собственном смысле. При старческом слабоумии выраженные тотальные интеллектуальные расстройства в сочетании с особыми мнестическими (прогрессирующая амнезия) и эмоциональными нарушениями. Часто диссоциация между невозможностью понимания ситуации и достаточной сохранности

привычных форм поведения и навыков; распад целостного пространственного восприятия. Нарушения памяти на текущие события, замещение забытого периода вымышленными событиями, обильные конфабуляции (выдуманный рассказ о событиях). Нередко расторможенность инстинктов-повышенный аппетит и сексуальная расторможенность (в виде идей ревности, развратных действиях с малолетними). Психические нарушения в виде бредовых и галлюцинаторных состояний часты, как и слабоумие. Часты бредовые идеи преследования, виновности, греховности, обнищания и ипохондрические идеи. Наиболее типичны зрительные галлюцинации.

**Симптоматические психозы** (психические расстройства при болезнях внутренних органов, обмена веществ и инфекционных заболеваниях). В большинстве случаев заболеваний внутренних органов защитные и компенсаторные механизмы организма не допускают выраженного поражения ЦНС человека, которое в той или иной мере оказывают воздействие на деятельность нервной системы. Только тяжелые или затяжные соматические заболевания в форме расстройств обмена веществ, злокачественных опухолей, хронических воспалительных процессов, особенно на фоне ослабленного организма, могут привести к болезненным изменениям психики. Все эти заболевания и состояния: а). внутренних органов (сердце, печень, почки, легкие и т.д.); б). нарушениях обмена веществ и недостатке витаминов в организме (диабет, пеллагра); в). поражениях органов внутренней секреции (эндокринопатии); г). при инфекциях; д). послеродовые, сопровождаются астенией. Острые психозы часто сопровождаются синдромами расстройства сознания преимущественно в аментивной или делириозной форме. Аментивное состояние обычно указывает на ухудшение общего психического состояния больного. Затяжные симптоматические психозы обычно проявляются на фоне дополнительных внешних факторов и вредностей: алкоголизм, травмы головы, прошлые истощения и т.п. Помимо синдромов расстроенного сознания и астении наблюдаются депрессивно-параноидные состояния и шизофреноподобные картины с кататоническими и галлюцинаторно-бредовыми явлениями (характерно для ревматических заболеваний). Психические расстройства при инфекциях: обычно при тифозных инфекциях, пневмониях и других заболеваниях. В самом начале инфекции, т.н. инициальный инфекционный делирий, а также послеинфекционные психические нарушения. Сопровождается зрительными или слуховыми галлюцинациями, чувством страха и тревоги, бредовой трактовкой, психическим и двигательным возбуждением. В послеинфекционном периоде слабость, апатия, вялость, повышенная эмоциональная чувствительность, склонность к слезам, резкие колебания настроения, тревожность, обидчивость, неуверенность в себе, мнительность, преувеличение опасности, подавленное настроение, иногда нерезко выраженный аментивный синдром и неустойчивые бредовые идеи (т.н. резидуальный, или остаточный, бред). Послеродовые психозы:

временные расстройства психической деятельности, протекающие остро, с нарушением сознания в форме делириозного или аментивного синдрома, иногда с явлениями оглушенности. Чаще всего вследствие соматических заболеваний и действия токсинов на организм роженицы при самоотравлении или при инфекции. Больные дезориентированы, иногда галлюцинации, мышление и речь бессвязны, депрессивно-тревожный аффект, чувство страха, возбуждение с неупорядоченными и неправильными действиями. Эти расстройства необходимо дифференцировать от проявлений шизофрении, органических психозов, истерических припадков, проявившихся в психотравмирующей ситуации при тяжелых родах.

**Алкоголизм и наркомании:** Простое алкогольное опьянение. Динамика простого алкогольного опьянения- повышается восприимчивость к внешним впечатлениям при склонности к поверхностным ассоциациям по сходству и смежности. С ослаблением тормозящего, сдерживающего влияния высших отделов ЦНС облегчаются двигательные импульсы, усиливается жестикуляция, растормаживаются влечения. Настроение меняется, усилившаяся аффективность легко приводит их к конфликтам и агрессии. Ухудшается способность к осмыслению окружающего, критические способности снижаются. Повышенное настроение, беспечность, благодушие, суетливость под влиянием безобидных замечаний со стороны окружающих нередко сменяются вспыльчивостью, раздражительностью, злобностью. Для средней степени опьянения характерно снижение яркости представлений, отчетливости восприятия окружающего, стройности и цельности мыслительного процесса. Ассоциации замедлены, поверхностны, беспорядочны. Речь монотонная, ритм и темп замедлены. Критика снижена. При сильной степени опьянения происходит разрыв между желаниями, стремлением и реализацией возможностей, что способствует агрессивности поведения. При тяжелой степени опьянения-оглушенность сознания, нарушение координации движений, неуверенность походки, спотыкается, неуклюжесть, застывшее выражение лица, взгляд блуждающий, безразличный. Тошнота, рвота, головокружение.

**Патологическое опьянение-** острое психотическое расстройство, с глубоким помрачением сознания, болезненной симптоматикой в виде бредовых и галлюцинаторных переживаний и неправильным поведением, не зависит от объема принятого алкоголя. Характерно болезненное восприятие окружающей действительности, которая имеет для него угрожающий характер. Сохраняется способность к совершению точных целенаправленных сложных действий, пользоваться транспортом, предметами и т.п. Дезориентирован, не способен к словесному общению, всегда действует один. Болезненные переживания отрывочны, неясны, нестойки, но они всегда имеются. Внешне выглядит странным, необычным. Совершаемые поступки не являются реакцией на реальные мотивы и обстоятельства, но не хаотичны и беспорядочны, носят защитный характер. Нервно-психические механизмы не затронуты. Совершают ловкие, сложные и быстрые движения,

направленные на реализацию болезненных мотивов; поражает стремительность и ловкость нападений. Заканчивается внезапно, переходит в сон, с последующей полной амнезией или смутным воспоминанием о пережитом. Лица после простого опьянения оказывают сопротивление, дебоширят, конфликтуют с работниками полиции, после патологического опьянения обычно спокойны, равнодушны, либо испуганы, напряжены, озираются, стараются вспомнить случившееся. Отмечается общая физическая слабость, резкая утомляемость. Две клинические формы патологического опьянения: параноидная или галлюцинаторно-параноидная и эпилептоидная. При первой форме отмечается особая жестокость, внезапность, разрушительная сила, опасность. При второй форме-сумеречное помрачение сознания, внезапное двигательное возбуждение, нарушение ориентировки, контакта с реальной действительностью, появление подозрительности, злобности, настороженности, аффектов страха, гнева и т.п. Хронический алкоголизм: компенсаторная стадия, средняя субкомпенсированная стадия, тяжелая декомпенсированная стадия. **Алкогольный делирий**: (белая горячка) -типичный алкогольный психоз, развивается после внезапного прекращения запоя (состояние абстиненции) или на высоте запоя. Перед психозом настроение подавленное, тревожное, дрожание рук, обильная потливость, головокружение, слабость, отрывистый тревожный сон, сновидения устрашающие с ощущениями проваливания, передвижения, преследования, нападения зверей, больные в страхе просыпаются от удушья. Начало острое с нарушением ориентировки, обилием зрительных галлюцинаций, иллюзий, стряхивают с себя насекомых, животных, убегают, прячутся, совершают агрессивные действия. Возможно завершение психоза смертью. Abortивные приступы алкогольного делирия проявляются плохим сном, страхе, тревоге, появлении галлюцинаций лишь по вечерам, продолжается несколько часов, возможен рецидив и трансформация в другие формы алкогольных психозов - в галлюцинозы и бредовые состояния. Алкогольный галлюциноз-начинается после алкогольных эксцессов в первые 3-4 дня абстиненции. Проявляется сохранностью сознания, ориентировки в месте, времени и личности, наличием слуховых галлюцинаций. Алкогольный параноид - проявляется бредовыми идеями- бред преследования, ревности, отравления и т.п. Предвестники-недомогание, тревога, двигательное беспокойство, затем аффекты страха, тревоги, отрывочные бредовые идеи преследования, особого значения, физического воздействия. К бредовым идеям ревности присоединяется бред преследования. Дипсомания (запой)-болезненное непреодолимое влечение к употреблению алкоголя. Предшествуют тяжелые дисфорические состояния, безмотивная раздражительность, тоска, длительные расстройства сна. Предвестники-безотчетный страх, параноидная настроенность, обонятельные галлюцинации в виде запаха алкоголя.

**Наркомании**: Болезненное физическое и психическое привыкание и пристрастие к наркотическим средствам. Обязательные расстройства и

проявления заболевания: психическая и физическая зависимость от наркотика и увеличение доз принимаемых препаратов. Пристрастие к наркотическим средствам возникает обычно у аномальных личностей-неуравновешенных по характеру, неустойчивых и подверженных внешнему влиянию, не имеющих твердых и постоянных интересов, стремящихся чем-то «выделиться» среди окружающих людей.

Опийные наркомании-самые частые по привыканию с применением опия и его препаратов (омнопон, пантопон), отдельные алкалоиды, входящие в состав опия (морфий, кодеин, дионин), а также синтетические производные с морфиноподобным действием (промедол, фенадон) при систематическом применении вызывают быстрое привыкание и пристрастие к ним. Прием внутрь, подкожно, внутривенно или путем курения. Действие опийных препаратов: резко выраженная эйфория, после прекращения возникает достаточно бурно абстинентный синдром, который проявляется раздражительностью, повышением температуры тела, недомоганием, бессонницей, тошнотой, рвотой, крайне тягостными мышечно-суставными болями. Больные непоседливы, раздражительны, всеми средствами пытаются достать наркотик. В тяжелых случаях возникает падение сердечно-сосудистой деятельности с развитием коллапсов, иногда астматические приступы, судорожные подергивания конечностей, резкое психомоторное возбуждение. Психозы в этом периоде редки, напоминают временные делириозные состояния. Заметны изменения личности-вначале астеничные, депрессивные расстройства, возбудимость, истерические реакции; в последующем падение активности, сужение круга интересов, эмоциональное огрубление, морально-этическое снижение, стойкие нарушения физического состояния.

Наркомании при злоупотреблении кодеином: психическая и физическая зависимость нарастает медленно, не резко выражена, абстинентные состояния менее выражены. Наркомании при злоупотреблении снотворными препаратами: чаще всего препараты группы барбитуратов (барбитуровой кислоты); чаще страдают люди с опийной зависимостью и страдающие алкоголизмом, субъекты со стойкими нарушениями сна различного происхождения (неврозы, психопатии, сосудистые заболевания ЦНС и др.). Гашишемания: злоупотребление гашишем (марихуана, анаша, план). Клинические проявления отличаются от других видов наркоманий. Острая интоксикация проявляется эмоциональным фоном (приподнятость настроения, смешливость), но и психомоторным возбуждением с дурашливостью, иллюзорными и галлюцинаторными расстройствами. Физическая зависимость менее выражена, чем психическая.

Наркомании психостимуляторами: (фенамин, первитин, центедрин и др.), протекают менее злокачественно, чем опийные. Однократный прием дает эффект подъема настроения, чувство особой бодрости и прилива душевных и физических сил. Абстинентные состояния характеризуются разбитостью, сонливостью, угнетенностью настроения, снижением

артериального давления. Характерны астенические и депрессивные расстройства, приводящие к суицидальным попыткам. Значительно менее распространены наркомании кокаином и эфиром. Прием кокаина вначале вызывает резко выраженную эйфорию, двигательное и речевое возбуждение; при длительном приеме – физическое истощение, расстройства памяти, психотические состояния с делириозными картинами. Для больных характерны: мелочность, черствость, эгоистичность, раздражительность. Изменяются все виды влечений.

Полинаркомании: сочетание алкоголизма с злоупотреблением наркотических препаратов. Интоксикации протекают крайне тяжело с нарастанием изменений личности, при этом больные перестают принимать алкоголь, увеличивая дозу наркотических препаратов.

**Судебно-психиатрическая оценка:** Лица совершившие противоправные деяния в состоянии патологического опьянения могут быть признаны невменяемыми из-за кратковременного расстройства психической деятельности, но с применением мер принудительного медицинского характера. При хроническом алкоголизме, лица совершившие правонарушения, признаются вменяемыми в силу сохранности психической деятельности. При этом наличие признаков острых психических расстройств (делирий, галлюциноз, паранойд) может быть основанием для признания состояния невменяемости, при обязательном направлении на принудительное лечение в специализированных медицинских учреждениях. У лиц страдающих наркоманией, противоправные нарушения, совершенные в состоянии психоза признаются совершенными в период невменяемости, но с направлением на принудительное лечение в специализированных медицинских учреждениях.

## **ЛЕКЦИЯ 10. ОЛИГОФРЕНИИ (ВРОЖДЕННОЕ СЛАБОУМИЕ), ПСИХОПАТИИ, РЕАКТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ.**

**Олигофрени**, или врожденное слабоумие (в точном переводе - малоумие) - это группа врожденных или приобретенных в раннем возрасте (до 2-3 лет) болезненных состояний психики, которые характеризуются рядом общих клинических признаков: неполноценность умственной деятельности – слабоумие разных степеней, которые сочетаются с нарушением других сторон познавательного процесса, прежде всего с эмоциональными и волевыми расстройствами, а также физическими и неврологическими симптомами. Олигофрени отличаются тем, что нет нарастания болезненных изменений психики, более того при легких формах заболевания возможно улучшение психического состояния. Умственная отсталость (слабоумие) при олигофрении отличается от слабоумия приобретенного - деменции, которое характеризуется снижением либо распадом ранее нормальной мыслительной деятельности вследствие заболевания головного мозга и некоторых других заболеваний. Причины олигофрений: насчитывается около 100 видов



олигофрений, возникающих от самых разных причин. Для всех видов характерно основное расстройство-нарушение умственной деятельности, но которые различаются неврологическими, биохимическими, физическими и другими болезненными особенностями. Условно олигофрении делятся на три группы: наследственная патология; вредности, воздействующие на зародыш и плод на разных этапах внутриутробного развития; поражение головного мозга различного происхождения во время родов или послеродовом периоде.

Клинические особенности олигофрений отличаются не только психическими, но и различными соматическими и неврологическими признаками. Внешние признаки: неправильное телосложение, череп либо уменьшенный (микроцефалия), либо увеличенный (макроцефалия), выражение лица тупое, рот полуоткрыт, руки и ноги непропорциональные, движения неловкие, угловатые, часто некоординированные, нередко дефекты слуха, зрения, наблюдаются речевые нарушения, дефекты артикуляции, дикции, щепелявость, неправильное произношение букв и слов.

**Олигофрении** по степени выраженности: идиотия (5% больных), имбецильность (20% больных), дебильность (75% больных). Идиотия - самая тяжелая степень олигофрении. Внешние выраженные признаки диспропорций тела, речь отсутствует, выкрикивают нечленораздельные звуки (протяжный или отрывочный крик), грубые нарушения моторики, поза сидячая, раскачиваясь, движения стереотипные (сосут пальцы, царапают себя, что-то рвут, сбрасывают одежду. Поведение безразличное, либо вспышки ярости, чередование злобы и возбуждения. Нуждаются в постороннем уходе. Имбецильность – средняя степень олигофрении: могут произносить отдельные слова, даже фразы, понимают элементарную чужую речь, выполняют несложные работы, могут обучаться в 1-2 классах. Эмоциональные реакции грубы, преобладают низшие влечения. Волевые акты безмотивны – либо чрезмерно подвижны, либо вялы, адинамичны. Нуждаются в надзоре и наблюдении родных и наблюдении врачей. Дебильность – легкая степень олигофрении, отстают в физическом развитии, поздно начинают ходить и говорить, речь остается недоразвитой. Выражение лица глуповатое, телосложение непропорциональное, движения некоординированные. Смысла простых игр не усваивают, интереса нет, нет детской любознательности. В школе учатся плохо, после 2-4 класса не в состоянии учиться. Постепенно могут приобщиться к простому труду. Знания и представления крайне бедны. Интересы сконцентрированы на личных потребностях, изредка проявляют интерес к другим, близким людям. В симптоматике дебильности важное значение имеют эмоциональные и волевые нарушения. Два основных типа больных с эмоциональными (аффективными) и волевыми нарушениями: одни крайне расторможены, подвижны, двигательно беспокойны, возбудимы, назойливы, легко вступают в конфликты с окружающими, склонны к агрессии, гиперсексуальны; другие- всегда заторможены, вялы, апатичны, безразличны ко всему происходящему вокруг, часами могут с тупым упорством автоматически выполнять свою

работу, не интересуясь её смыслом и значением. С годами эти проявления могут усиливаться или наоборот, смягчиться, эти явления могут резко смениться на противоположный тип. С годами проявления болезни могут частично нивелироваться. Алкогольные интоксикации крайне негативно отражаются на клиническом течении болезни, способны привести к декомпенсации с появлением бредовых эпизодов, расстройств сознания, элементарных галлюцинозов, тяжелых расстройств настроения с паническим страхом, ужасом, расстерянностью.

**Психопатии** – это патологические характеры, отличающиеся дисгармоничностью, главным образом эмоционально-волевыми свойствами личности при относительной сохранности интеллекта. Психопатии еще обозначают терминами как «анормальные личности», «анормальные характеры», «неврозы характера», «олиготимии», «неуравновешенные». Возникают на основе врожденной или рано приобретенной биологической неполноценности ЦНС и формируется под влиянием внешних, средовых факторов. По этиологическому принципу (по О.В. Кербинову) делятся на 1. ядерные, 2. краевые (приобретенные) и 3. органические. В основе психопатий лежат патологические варианты типов высшей нервной деятельности, при которых имеют место нарушения нормального соотношения основных нервных процессов, сигнальных систем, коры головного мозга и подкоркового аппарата.

Возбудимые психопаты: для них характерен патологический вариант сильного неуравновешенного типа высшей нервной деятельности с резкой недостаточностью внутреннего торможения и патологическим преобладанием раздражительного процесса. Постоянно у них отмечается эмоциональная напряженность, раздражительность, вспыльчивость, готовность к бурным аффективным разрядам, до приступов неудержимой ярости. В клинике преобладают возбудимые психопаты с облигатным синдромом эксплозивности. Нередко встречаются возбудимые психопаты с вязкостью аффекта, с эпилептоидными особенностями, склонные к своим переживаниям, к мстительности, жестокости; иногда возбудимые психопаты с истерическими формами реагирования, когда аффективные вспышки отличаются гротескностью, демонстративностью, театральностью.

Тормозные психопаты – делятся на две подгруппы: астенические и психастенические. У первых – слабый тип нервной деятельности, низкий предел работоспособности нервных клеток и склонность к пассивно-оборонительным реакциям. У вторых – наряду со слабостью высшей нервной деятельности патологическое преобладание второй сигнальной системы над первой и инертность нервных импульсов, с чувством собственной неполноценности, легкая ранимость, робость, застенчивость, неумение бороться с трудностями, склонность к пониженному настроению, тормозные реакции «отказа». Основная особенность астенических психопатов – раздражительная слабость, быстрая истощаемость, утомляемость. Основная особенность психастеников – неумение приять

решение, склонность к бесконечным сомнениям, мнительность, постоянное чувство незавершенности в работе, бесплодное мудрствование и борьба мотивов, склонность к пессимизму, навязчивые фобии, сомнения, действия. Тормозимые психопаты склонны к фантазированию с отсутствием элементов демонстративности, нередко ипохондрические переживания с тревогой по поводу своего здоровья, с фиксацией на своих неприятных ощущениях, бесконечные поиски болезни.

Истерические психопаты – имеют слабый тип нервной системы, для них характерны признаки стремления казаться более значительными, чем они есть, хвастливость, лживость, театральность, демонстративность, «игра на зрителя». В трудных ситуациях легко возникают истерические реакции по механизму «вытеснения», «бегства в болезнь», «фиксации». Нередки истерические реакции с истерическими параличами, парезами, астазией-абазией, заиканием, мутизмом, слепотой, косоглазием, повторными рвотами, ощущением «комка» в горле и т.п. Существуют также более сложные истерические психопаты со склонностью к фантазированию, стремлением к самоутверждению, самовосхвалению с необузданными фантастическими построениями. Для них характерны повышенная внушаемость и самовнушаемость, сочетание упрямства и раздражительности, повышенная возбудимость.

Паранойяльные психопаты – основой психопатии является инертность нервных процессов и готовность к образованию очагов застойного возбуждения. Такие больные обнаруживают эмоциональную тугоподвижность, аффективную вязкость, не могут отвлечься от своих переживаний, подолгу застревают на них. Они самоуверенны, склонны к преувеличению своей значимости, считают себя борцами за свободу, справедливость. Идеи борьбы приобретают сверхценный характер. Эти стремления и притязания приводят к столкновению с обществом, к конфликтам, упорному «правдоискательству». Постепенно сверхценные переживания генерализуются, систематизируются и трансформируются в монотематический паранойяльный бред. Среди паранойяльных психопатов часто встречаются реформаторы, изобретатели, сутяги. Сутяги, кверулянты часто достают работников суда и следственных органов, постоянно находясь в поисках правды и справедливости они пишут жалобы и заявления в различные инстанции и учреждения. Динамика психопатий: а). нарастание, утяжеление или смягчение имеющихся психопатических свойств; б). не только изменение существующего, но и возникновение нового.

**Реактивные состояния** – реактивными или психогенными состояниями называют временные обратимые расстройства психической деятельности, возникающие как реакция в ответ на воздействие психической травмы. Две подгруппы реактивных состояний: 1. Неврозы и 2. Реактивные (или психогенные) психозы. При неврозах отсутствует продуктивная психотическая симптоматика. Клиника неврозов: неврозами называют такие формы реактивных состояний, возникновение которых связано не столько с

острыми психогенными травмами, сколько с длительно существующими конфликтами. Неврозы объединены некоторыми общими характерными признаками. Большое значение имеют особенности личности, которые отражают слабость высшей нервной деятельности, низкий предел физиологической выносливости по отношению к различным по значимости психогениям.

Неврозы делятся на три основные формы: 1. Истерический невроз; 2. Невроз навязчивых состояний; 3. Неврастения. Схематически истерический невроз делится на 4 основные группы: 1. Двигательные расстройства; 2. Сенсорные нарушения и нарушения чувствительности; 3. Вегетативные нарушения; 4. Психические расстройства. Двигательные расстройства могут быть в виде истерических припадков, параличей, парезов, с другой стороны - гиперкинезы. Истерические припадки характеризуются выразительностью, длительностью, сопровождаются слезами, стоном, криками. Истерические расстройства двигательные соответствуют представлению об анатомическом делении конечностей (паралич ноги, руки, обеих рук, всех конечностей); иногда явления астазии-абазии (отказ от стояния и ходьбы при полной сохранности опорно-двигательного аппарата). При истерическом параличе голосовых связок наблюдается истерическая афония (утрата звучности голоса), возможны судорожные явления речи в виде заиканий. Сенсорные нарушения проявляются в виде утраты кожной чувствительности (по типу перчаток, чулок). Возможны истерические слепота (амавроз) и глухота, иногда глухонмота (сурдомутизм). Вегетативные нарушения проявляются спазмом гладкой мускулатуры (истерический ком в горле, непроходимость пищевода, недостаток воздуха, истерическая рвота без истинного заболевания. При волнении отмечаются сердцебиения, тахикардия, аритмия, одышка, поносы и др. Психические нарушения проявляются преобладанием эмоциональных расстройств- страхов, колебаний настроения, состояния подавленности и депрессии. За внешней выразительностью, экспрессивностью патетикой и театральностью скрываются очень поверхностные эмоции.

Невроз навязчивых состояний, встречается реже истерических неврозов. Навязчивые явления делятся на две основные формы: 1. Навязчивость с отвлеченным, аффективно-нейтральным характером; 2. Чувственно-образная навязчивость с аффективным, обычно тягостным, содержанием. К отвлеченным навязчивостям относятся: навязчивый счет, навязчивые воспоминания забытых имен, формулировок, терминов, навязчивое мудрствование (умственная жвачка). Навязчивости преимущественно образные, с тягостным аффективным содержанием более многообразны, к этой группе относятся: 1. Навязчивые сомнения, постоянно возникающая неуверенность в правильности и законченности совершенных действий; 2. Навязчивые представления, которые, несмотря на их явную неправдоподобность, абсурдность, принимаются за действительность; 3. Навязчивые воспоминания – непреодолимое, назойливое воспоминание

какого-либо неприятного, отрицательно эмоционально-окрашенного события в прошлом; 4. Навязчивые страхи (фобии), характеризуются непреодолимостью и несмотря на бессмысленность, с ними невозможно справиться. Страх высоты, страх замкнутых пространств, открытых пространств, площадей, страх заболеть неизлечимым заболеванием, страх внезапной смерти, страх загрязнения; 5. Навязчивые действия- движения, совершаемые против желания больных, несмотря на усилия, чтобы их сдержать. Вначале могут быть целенаправленные, затем становятся фиксированными, утрачивая смысл и целенаправленность. Другая группа навязчивых действий с фобиями может носить характер ритуалов. Эти действия своего рода заклинания, направлены на предотвращение неминуемого несчастья, несмотря на критическое к ним отношение, производятся вопреки разуму для преодоления навязчивого страха. **Неврастении** имеют наименьшее значение в судебной психиатрии. Неврастении возникают при непосильном физическом или умственном труде. Ведущая роль отводится недостатку сна, отдыха и длительность травмирующей ситуации, с постоянным психическим напряжением.

**Реактивные психозы:** (острые шоковые реактивные психозы, подострые реактивные психозы и затяжные реактивные психозы). Острые шоковые реактивные психозы возникают под влиянием острой, внезапной и очень сильной психогенной травмы, представляющей угрозу для жизни, чаще всего при массовых катастрофах, при тяжелом потрясении. Реакции в двух формах – гипокINETическая и гиперкинетическая. ГипокINETическая форма или психогенная психомоторная заторможенность проявляется внезапно наступающим состоянием полной обездвиженности. Человек застывает на месте, «столбенеет от ужаса», не может произнести слово (мутизм). Гиперкинетическая форма, или психогенное психомоторное возбуждение-внезапно наступающее хаотичное, бессмысленное двигательное беспокойство, с совершением бесцельных недифференцированных и нецеленаправленных движений, криков, бессмысленного бегства, иногда в сторону опасности. Вегетативные нарушения проявляются при этом в виде тахикардии, резкого побледнения или покраснения, профузных потовыделений, поносах. Состояние возбуждения сопровождается сумеречным помрачением сознания с последующей амнезией. К этой форме гиперкинетических расстройств относятся также острые психозы страха, где ведущим симптомом является панический, безудержный страх, отражающийся в мимике, движениях и руководит всем поведением больного. Иногда психомоторное возбуждение может смениться заторможенностью, больные при этом застывают в позе, выражающей ужас, отчаяние.

Подострые реактивные психозы (длятся от 2-3 недель до 2-3 месяцев). Психогенная депрессия – представлена тремя синдромами: 1. Депрессивно-параноидным; 2. Астено-депрессивным; 3. Депрессивно-истерическим. Депрессивно-параноидный синдром характерен медленным нарастанием и

развитием состояния подавленности на фоне бессоницы, длительным периодом обдумывания и психической переработки травмирующего переживания. Наблюдаются явления деперсонализации и дереализации при сохранности сознания. Иногда обнаруживают бредовую интерпретацию окружающего. Депрессия сопровождается психомоторной заторможенностью, и нарастая может перейти в депрессивный ступор. Больные страдают потерей веса, вегетативными нарушениями. Астено-депрессивный синдром начинается с явлений нервно-психического истощения, до глубокой степени астении. Нарастает психомоторная заторможенность. Аффект тоски носит маловыразительный характер, замещаясь монотонным унынием, апатией с подавленностью всех психических функций. Темп психических процессов замедлен по типу оглушенности, с нарастанием состояния депрессии может перейти в вялый ступор с неблагоприятным течением. Депрессивно-истерический синдром – наиболее частый в практике судебной психиатрии, который начинается с короткого истерического возбуждения, отличается яркостью и подвижностью симптомов, сочетается с другими истерическими проявлениями: псевдодеменцией, пуэрилизмом, бредоподобными фантазиями. Аффект тоски имеет чрезвычайную выразительность. Депрессия может иметь ажитированный характер. Нередко больные совершают самоповреждения и демонстративные суицидальные попытки. Во всем такие больные обвиняют окружающих. Истерическая депрессия протекает на фоне истерически суженного сознания с психомоторным фоном. Может перейти в истерический ступор.

Бредоподобные фантазии-нестойкие изменчивые бредовые идеи, не имеющие стройной системы, но с фантастическим содержанием. Синдром развивается остро, на фоне суженного сознания. Бредоподобные построения отличаются изменчивостью, подвижностью, летучестью. Преобладают идеи величия, богатства, отражают стремление к реабилитации и уходу от непереносимой жизненной ситуации.

Синдром Ганзера и псевдодеменции. (Ганзер 1897 Германия). Остро возникающее сумеречное расстройство сознания с явлениями миморечи (неправильные ответы на простые вопросы), истерических расстройств чувствительности, иногда истерическими галлюцинациями. Больной не может выполнять простейшие элементарные действия (симптом мимодействия). Псевдодеменция (мнимое слабоумие)-истерическая реакция, проявляется в миморечи, мимодействии, демонстрации внезапно наступившее глубокое слабоумие, которое в дальнейшем исчезает. Синдром пуэрилизма: проявляется в детском поведении на фоне истерически суженного сознания. Симптомами болезни являются детская речь, детская моторика, детские эмоциональные реакции. Синдром регресса психики («одичания»): редко встречающийся синдром, особенностями являются распад психических функций на фоне истерического изменения сознания и поведение, воспроизводящее «дикого» человека. Наблюдается длительное

психомоторное возбуждение: они ползают, рычат, лают, едят без ложки, разрывают пищу руками, ведут себя агрессивно. Психогенный ступор: полная обездвиженность и мутизм; может быть как самостоятельная форма реактивного психоза. Четыре варианта ступора: истерический, депрессивный, галлюцинаторно-параноидный, вялоастенический. Самым частым является истерический, возникает остро на фоне психотравмирующего фактора, либо развивается постепенно и становится последним этапом различных истерических синдромов. Ярким проявлением этого ступора является эмоциональное напряжение, окрашивающее все психопатологические проявления этого синдрома. Несмотря на неподвижность и мутизм, мимика и пантомимика выразительны, выражение лица угрюмое, злобное, либо лицо отражает страдание и отчаяние. На фоне заторможенности могут быть истерические симптомы, с псевдодементным или пуэрильным характером содержания. Другие виды ступорозных состояний развиваются постепенно с клиническим проявлением ведущих расстройств.

**Исключительные состояния** – нозологически и симптоматически сборная группа временных расстройств психической деятельности. К ним относятся: 1. патологическое опьянение; 2. сумеречные состояния сознания, не являющиеся симптомом какого-либо хронического заболевания; 3. Патологические просоночные состояния; 4. Патологический аффект; 5. Реакция «короткого замыкания». Все эти виды расстройств объединяются сходством клинической картины и особенностями течения, общностью патогенетических механизмов. Исключительные состояния могут возникнуть у практически здоровых людей, но чаще они появляются у лиц с различной степенью психических отклонений. Предпосылками таких состояний могут быть перенесенные черепно-мозговые травмы, инфекции, интоксикации, психопатические черты характера, невротические расстройства. Велика роль внешних длительно или временно истощающих факторов (перенапряжение, переутомление, астенизирующие заболевания, недосыпание, переохлаждение, перегревание и другие негативные факторы. На таком фоне у лиц с имеющейся легкой психической неполноценностью создаются условия для проявления и возникновения исключительных состояний. Для возникновения таких исключительных состояний важно сочетание в каких-то совершенно особых количественных и качественных соотношениях. **Патологический аффект**: форма исключительных состояний возникает в связи с внезапной и интенсивной психической травмой. Условно выделяются три фазы: подготовительная фаза, фаза взрыва, заключительная фаза. В первой подготовительной фазе под влиянием психогении (тяжелая обида, неожиданное оскорбление, глубоко потрясающее известие и т.п.) происходит резкое нарастание аффективного напряжения с концентрацией всех представлений только на травмирующем моменте. Способность наблюдать, осознать, наблюдать, оценивать происходящее и собственное состояние глубоко нарушается или просто невозможна. В фазе взрыва возникший напряженный аффект негодования, гнева или иступления сочетается с

глубоким помрачением сознания и неистовым двигательным возбуждением, которое носит автоматический бесцельный или агрессивный характер. Действия носят «характер сложных произвольных актов, совершаемых с жестокостью автомата или машины» (С.С.Корсаков). Внешне проявляется искажением черт побледневшего или покрасневшего лица, наличием чрезмерно выразительных движений, изменением ритма дыхания. Заключительная фаза проявляется резким истощением психических и физических сил, с переходом либо в сон, либо состояние, близкое к прострации, с безучастностью и безразличием к окружающему и содеянному. Воспоминания о происшедшем отрывочны, чаще не сохраняются вовсе.

**Симуляция психических расстройств.** Это сознательное, преследующее определенную цель притворство, заключающееся в измышлении несуществующих признаков психического расстройства, в их изображении или искусственном вызывании с помощью медицинских средств. Три временные формы симуляций: 1. Предварительная, или превентивная, симуляция, проводимая в период, предшествующий преступлению; 2. Симуляция в период времени совершения преступления с целью сокрытия истинных мотивов преступления; 3. Последующая симуляция, которая возникает после совершения правонарушения как защитное поведение с целью уклонения от наказания. Два способа симуляции: 1. Симуляция самого психического заболевания (произвести впечатление патологического состояния психики); 2. Симуляция анамнеза (рассказы о якобы имевшемся в прошлом патологическом состоянии (иногда используя подложные медицинские справки) с целью создать впечатление о перенесенном душевном заболевании).

Аггравация – целевое преувеличение незначительно выраженных симптомов имеющегося заболевания или остаточных явлений после перенесенной психической болезни. Продление заболевания (метасимуляция) – сознательное, искусственное продление психического состояния, т.е. целевое изображение исчезнувших симптомов перенесенного и закончившегося психического заболевания. Сюрсимуляция (изображение болезненных симптомов, не свойственных имеющемуся заболеванию). Диссимуляция – преднамеренное утаивание действительно существующих признаков психической болезни. Больные иногда имеющиеся патологические симптомы пытаются преподнести как искусственные, симулятивные.



## Список использованной литературы:

1. Сборник научных трудов под редакцией академика РАМН А.Н. Коновалова, проф. Л.Б. Лихтермана, д.м.н. А.А. Потапова. Классификация черепно-мозговой травмы. Институт нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко. Москва. ИНХ. 1992
2. Моисеева Н.И., Лучко Г.Д. Опыт работы консультативно-диагностического пункта вычислительной диагностики острой черепно-мозговой травмы. Ленинград. Медицина. 1977
3. Частная неврология. Авторский коллектив. Под редакцией проф. Одинака М.М. Учебник. Санкт-Петербург. 2002
4. Жариков Н.М., Урусова Л.Г., Хритинин Д.Ф. Психиатрия. Учебник для студентов медицинских институтов. Медицина. Москва. 1989
5. Банщиков В.М., Невзорова Т.А. Психиатрия. Учебник для студентов высших медицинских учебных заведений. Медицина. Москва. 1969
6. Судебная психиатрия. Коллектив научных сотрудников Центрального ордена Красного Знамени научно-исследовательского института судебной психиатрии им. проф. В.П. Сербского. Ответственный редактор академик АМН СССР Г.В.Морозов. «Юридическая литература» Москва. 1978
7. Гордова Т.Н. Отдаленный период закрытой черепно-мозговой травмы в судебно-психиатрическом аспекте. Монография. Медицина. Москва. 1973
8. Клиника, диагностика, лечение, судебно-медицинская экспертиза отравлений алкоголем и его суррогатами. Пособие для врачей / Под общ. Редакцией Е.Ю. Бонитенко. Федеральное медико-биологическое агентство. Федеральное государственное бюджетное учреждение науки. Институт токсикологии. Санкт-Петербург Медкнига «ЭЛБИ-СПб». 2013
9. Стусин Я.С. Судебно-медицинская экспертиза отравлений антихолинэстеразными веществами. Библиотека практического врача. Медицина. Москва. 1968
10. Неотложная помощь при острых отравлениях. Справочник по токсикологии. Под редакцией академика АМН СССР С.Н. Голикова. Москва. «Медицина». 1978
11. Бережной Р.В., Грибов В.М., Деньковский А.Р., Литвак Е.А., Сергеев С.Н., Скрижинский С.Ф., Смольянинов В.М., Стусин Я.С., Соловьев В.С., Томилин В.В., Швайкова М.Д., Ширинский П.П. Руководство по судебно-медицинской экспертизе отравлений. Под ред. Я.С. Стусина и др. Москва. «Медицина», 1980.

БАБОЕВ Аскирбей Хусейнович

# СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Курс лекций для обучающихся очной и заочной форм обучения  
всех направлений подготовки 40.03.01 Юриспруденция

Корректор Чагова О.Х.  
Редактор Чагова О.Х.

Сдано в набор 04.09.2023 г.  
Формат 60x84/16  
Бумага офсетная.  
Печать офсетная.  
Усл. печ. л. 3,48  
Заказ № 4766  
Тираж 100 экз.

Оригинал-макет подготовлен  
в Библиотечно-издательском центре СКГА  
369000, г. Черкесск, ул. Ставропольская, 36



