Министерство внутренних дел Российской Федерации

Воронежский институт

Факультет заочного обучения

Кафедра криминалистики

**Контрольная работа**

по дисциплине: Судебная медицина и судебная психиатрия

на тему: **Психогенные психические расстройства. Исключительные состояния**

**Выполнил:** слушатель

4 курса 42 учебной группы

факультета заочного обучения

Николаенко А.А.

Воронеж 2010

**План**

#### 1. Психогенные психические расстройства: нервозы и реактивные состояния

2. Принципы судебно-психиатрической оценки реактивных состояний

3. Исключительные состояния (кратковременные психические расстройства): патологический аффект, патологическое опьянение, сумеречные расстройства сознания, патологические просоночные состояния, реакция короткого замыкания

Список использованной литературы

#### Психогенные психические расстройства: нервозы и реактивные состояния

Реактивные состояния – это временные болезненные расстройства психической деятельности, развивающиеся в результате воздействия психической травмы. Реактивные состояния делятся на две большие подгруппы: неврозы и реактивные психозы.

Возникновение неврозов связано, как правило, с воздействием длительно существующих конфликтов, а реактивных психозов с острыми психогенными воздействиями.

К неврозам относятся: истерический невроз, невроз навязчивых состояний и неврастения. Все виды неврозов имеют общие характерные признаки. В их развитии большую роль играют личностные особенности больного, которые отражают слабость их высшей нервной деятельности, низкий предел психологической выносливости в отношении различных психогенных воздействий.

Истерический невроз. Клиническая картина чрезвычайно разнообразна и складывается из двигательных, сенсорных, вегетативных и психических расстройств. Среди двигательных расстройств наиболее яркими являются истерические припадки (эмоционально выразительное, сопровождаемое криками и слезами двигательное возбуждение), истерические параличи, контрактуры в мышцах конечностей, явления астазии-абазии (отказ от стояния и ходьбы при полной сохранности опорно-двигательного аппарата), истерическая афония (утрата звучности голоса), истерический мутизм. Сенсорные нарушения представлены в виде различных нарушений кожной чувствительности, которые не соответствуют зонам иннервации, болевыми ощущениями в различных областях тела, нарушениями деятельности отдельных органов (истерическая слепота, глухота). Вегетативные нарушения занимают значительное место в структуре истерических неврозов. Среди них наблюдаются истерический ком (результат спазма гладкой мускулатуры), ощущение непроходимости пищевода, чувство недостатка воздуха. Может быть истерическая рвота, не связанная с заболеванием желудочно-кишечного тракта, метеоризм, понос и т. д. Психические нарушения многообразны. Преобладают страхи, колебания настроения, чувство подавленности, депрессия. Часто развиваются фобии, ипохондрические проявления, склонность к фантазированию.

Невроз навязчивых состояний. Редко встречается в судебно-психиатрической практике. Клиническая картина складывается из различных состояний, среди которых выделяют следующие:

• отвлеченные навязчивости – навязчивый счет, воспоминание забытых имен, терминов, навязчивое мудрствование;

• чувственно-образные навязчивости:

- навязчивые сомнения;

- постоянная неуверенность в правильности своих действий;

- навязчивые представления;

- неправдоподобные, абсурдные представления, от которых больной не может отвлечься;

- навязчивые воспоминания;

- назойливые воспоминания о неприятном событии прошлого;

- навязчивые страхи (фобии);

- многообразные по содержанию страхи (страх высоты, закрытого пространства, болезни и т. д.), несмотря на их бессмысленность больные не могут с ними справиться;

- навязчивые действия; движения, совершаемые против желания больного, несмотря на все его усилия сдержаться, могут носить характер защитных ритуалов.

Неврастения. Заболевание развивается медленно на фоне хронической физической усталости и длительной психотравмирующей ситуации. Ведущее место в клинической картине занимает астенический синдром, психическое и физическое истощение. Отмечается повышенная возбудимость, повышенная истощаемость, усиливается рассеянность, снижается творческая активность и продуктивность. Появляются головные боли, нарушается сон, отмечается гиперстезия. Настроение понижено. Течение неврастении длительное, при нормализации ситуации ее симптомы могут бесследно исчезнуть.

В судебно-психиатрической практике неврозы встречаются относительно редко. В случае их возникновения эти больные обычно признаются вменяемыми, поскольку неврозы никогда не сопровождаются психотической симптоматикой и нарушением критических способностей.

Среди реактивных психозов в судебно-психиатрической практике наиболее часто встречаются следующие.

Психогенная депрессия. Ведущее место в клинической картине занимает депрессивный синдром с аффектом тоски и общей психомоторной заторможенностью (простая реактивная депрессия). На фоне депрессивного аффекта возможно развитие идей отношения, самообвинения, связанных с психотравмирующей ситуацией, иногда развиваются явления синдрома Кандинского-Клерамбо (депрессивно-параноидальная депрессия). В ряде случаев аффект тоски маловыразительный, настроение характеризуется монотонным унынием, апатией в сочетании с подавленностью всех психических процессов (астенодепрессивное состояние). Нередко в судебно-психиатрической клинике психогенное депрессивное состояние отличается особой яркостью, аффект тоски становится чрезвычайно выразительным, сочетается с гневливостью, ажитацией, внешне обвиняющими формами реагирования (истерическая депрессия).

Реактивный параноид. Это редкая форма реактивных состояний. Возникает обычно после ареста, когда на фоне эмоционального напряжения, беспокойства и мучительной тоски развивается бред особого значения, отношения преследования. Больные защищаются от мнимых преследователей, становятся беспокойными, иногда агрессивными. Возможен бред внешнего воздействия, когда больные ощущают постоянный контроль за собой, влияние на них внешней силы, осуществляемое с помощью гипноза или особых препаратов. Все бредовые идеи объединены общим содержанием, которое прямо или косвенно связано с психотравмирующей ситуацией.

Реактивный галлюциноз. Ведущими в клинической картине данного вида реактивного состояния являются истинные вербальные галлюцинации, содержание которых непосредственно связано с психотравмирующей ситуацией и тематикой бреда. Множественные голоса в виде диалога обсуждают поведение больного, угрожают ему, предсказывают мучения, смерть. Наряду с этим больные слышат плач и крики о помощи своей жены, родителей, детей. Могут быть зрительные обманы восприятия, когда больные видят своих родственников или нападающих на них бандитов, вооруженных людей. Все это сопровождается аффектом страха.

Достаточно часто наряду с этим у больных отмечаются наплывы мыслей, ощущение их "вытягивания", "чтения", "чувство внутренней раскрытости", что сочетается с другими слуховыми псевдогаллюцинациями. В этих случаях говорят о реактивном галлюцинаторно-параноидном синдроме.

Обычно после перевода больных из тюрьмы в больницу они быстро успокаиваются, продуктивная симптоматика быстро исчезает, напряженный аффект страха сменяется депрессией, общей астенией.

Бредоподобные фантазии. Это нестойкие, изменчивые фантастические идеи, не складывающиеся в определенную систему. Они обычно развиваются остро на фоне истерически суженного сознания. Характерны бредовые идеи величия, богатства (обладают несметными богатствами, сделали величайшие открытия, являются авторами грандиозных проектов и т.д.). В отличие от бредовых идей бредоподобные фантазии отличаются живостью, изменчивостью, крайней неустойчивостью, подвижностью, летучестью, отсутствием стойкой убежденности в достоверности своих высказываний. Характерно, что фантастически гиперболизированное содержание бредоподобных фантазий противоречит основному тревожному фону настроения. В период обратного развития психоза фантастические высказывания бледнеют и на первый план выходят депрессивные расстройства.

Псевдодеменция (мнимое слабоумие). Это истерическая реакция, проявляющаяся в миморечи (неправильные ответы на простые вопросы), мимодействии (не может выполнить простейшие привычные действия), внешне имитирующая внезапно наступившее глубокое слабоумие, которое в дальнейшем бесследно исчезает. Длительность этих расстройств две-три недели, на фоне лечения они легко подвергаются обратному развитию.

Синдром Ганзера. В условиях тюремного заключения иногда возникают более острые и грубые расстройства психической деятельности, также проявляющиеся миморечью, мимодействием. В отличие от псевдодеменции эти нарушения развиваются не на фоне истерически суженного сознания, а на фоне сумеречного его расстройства. Наряду с этим отмечаются истерические расстройства чувствительности и истерические галлюцинации. Эти состояния продолжаются несколько дней, и после выздоровления больные полностью амнезируют период болезни.

Пуэрилизм. Это психогенные истерические расстройства, которые проявляются в детском поведении на фоне истерически суженного сознания. Наиболее частыми и стойкими проявлениями является детская речь (говорят детским голосом с капризными интонациями, по-детски строят фразы, всех называют "дядями" и "тетями"), детские эмоциональные реакции (капризничают, обижаются, надувают губы, плачут при отказе их требованиям и просьбам), детская моторика (бегают маленькими шажками, подвижны, тянутся к блестящим предметам). В отличие от истинно детского поведения в поведении таких больных наряду с детскими чертами можно отметить сохранность отдельных привычных навыков (моторика во время еды, при курении и т.д.).

В судебно-психиатрической клинике пуэрильный синдром самостоятельно встречается относительно редко, более часто он входит в клиническую картину других реактивных психозов.

Синдром регресса психики ("одичания"). В настоящее время это наиболее редкий вид реактивного психоза. Он характеризуется распадом психических функций на фоне истерически суженного сознания и истерического перевоплощения, когда поведение больного имитирует "дикого" человека или животного. Больные ползают, мычат, лают, пытаются лакать из тарелки, разрывают пищу руками, проявляют агрессию.

Психогенный ступор. Он проявляется полной обездвиженностью и мутизмом. Может развиваться как самостоятельная форма реактивного психоза и как последняя его стадия при постепенном углублении болезненного состояния. Выделяют истерический, депрессивный, галлюцинаторно-параноидный и вялоапатический психогенный ступор.

Истерический ступор развивается постепенно и является последним этапом развития психогенных истерических синдромов: истерическая депрессия, псевдодеменция, пуэрилизм. Отличается эмоциональным напряжением. Несмотря на неподвижность и мутизм, мимика и пантомимика больных эмоционально выразительны, отражают застывшее страдание, угрюмость, эмоциональную подавленность. Могут быть элементы пуэрилизма и псевдодеменции (таращат глаза). Сознание изменено и напоминает аффективно-суженное. Несмотря на длительный отказ от приема пищи, физическое состояние сохраняется удовлетворительным.

Депрессивный ступор является следствием углубления психогенной заторможенности при психогенной депрессии.

Галлюцинаторно-параноидный ступор формируется постепенно и возникает после реактивного галюцинаторно-параноидного синдрома.

После редуцирования ступорозных проявлений больные полностью сохраняют воспоминания о наблюдавшихся у них в тот период психопатологических переживаниях.

Вялоапатический ступор развивается после реактивного астенодепрессивного синдрома, и на первый план в его клинической картине выступает полная обездвиженность в сочетании с вялым мышечным тонусом. Данный вариант ступорозного состояния часто принимает затяжное течение, плохо поддается лечению.

**2. Судебно-психиатрическая оценка**

Поскольку реактивные состояния, встречающиеся в судебно-психиатрической практике, развиваются после совершения правонарушения, эти лица при отсутствии у них хронического психического заболевания в отношении содеянного должны признаваться вменяемыми. При этом, в связи с наличием у них временного болезненного расстройства психической деятельности в виде реактивного состояния, они обычно направляются на принудительное лечение. После сглаживания реактивных психопатологических нарушений и по выздоровлении они могут быть направлены в места лишения свободы.

В ряде случаев реактивные состояния принимают затяжное течение (так называемые затяжные реактивные состояния), что позволяет в соответствии с ч.1 ст. 97 УК РФ применить в отношении этих лиц принудительное лечение. Осужденные при развитии у них реактивных состояний направляются на лечение в психиатрические больницы мест лишения свободы. Этой меры обычно бывает достаточно для купирования психоза.

**3. Исключительные состояния (кратковременные психические расстройства): патологический аффект, патологическое опьянение, сумеречные расстройства сознания, патологические просоночные состояния, реакция короткого замыкания**

Исключительные состояния – это кратковременные расстройства психической деятельности, которые возникают внезапно и сопровождаются помрачением сознания (сумеречное нарушение сознания), двигательным возбуждением, полной амнезией переживаний периода нарушенного сознания. Прекращаются так же внезапно, как и начались.

По данным ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, число лиц, у которых диагностированы исключительные состояния, составляет 1-2% от общего числа лиц, признанных невменяемыми. К исключительным состояниям относят патологическое опьянение, патологический аффект, реакцию короткого замыкания, патологические просоночные состояния.

Исключительные состояния могут возникать у психически здоровых лиц, но чаще они наблюдаются у лиц с более или менее выраженной церебрально-органической неполноценностью. Именно церебрально-органическая почва создает ту или иную степень психической неустойчивости, которая не есть проявление психического заболевания, но является фактором, обусловливающим развитие исключительных состояний.

Развитию исключительного состояния почти всегда предшествуют какие-либо внешние воздействия. К ним относятся психическое и физическое переутомление и перенапряжение, астенизирующее влияние нетяжелых соматических и инфекционных заболеваний, недосыпание, переохлаждение или перегревание организма. Сочетание этих временно действующих и астенизирующих факторов с имеющейся более или менее выраженной церебрально-органической недостаточностью создает предпосылки для возникновения исключительных состояний.

Патологическое опьянение рассмотрено ранее.

Патологический аффект. Возникает в результате внезапной и интенсивной психической травмы, характеризуется последовательным развитием следующих фаз: подготовительной, фазы взрыва и заключительной.

В подготовительной фазе под влиянием психической травмы (обида, неожиданное оскорбление) происходит резкое нарастание аффективного напряжения с концентрацией всех мыслей на травмирующем моменте.

В фазе взрыва отмечается глубокое помрачение сознания (по типу сумеречного) с неистовым двигательным возбуждением.

Заключительная фаза характеризуется резким ослаблением психических и физических сил, последующим сном либо состоянием, близким к прострации. Воспоминания о происшедшем носят отрывочный характер, но чаще не сохраняются вообще.

Реакция короткого замыкания. Она возникает в результате длительно существующего интенсивного аффективного напряжения в форме тоски или отчаяния. На этом фоне внезапно возникает нарушение сознания (по типу сумеречного) с автоматизированными действиями или импульсивными поступками. Оканчивается либо сном, либо резким психофизическим истощением. Воспоминания об этом состоянии фрагментарны.

Патологическое просоночное состояние. Возникает при пробуждении от глубокого сна, сопровождаемого яркими и кошмарными сновидениями, и характеризуется обманами восприятия на фоне аффекта страха. Заканчивается сном.

Судебно-психиатрическая оценка

Клиническую картину исключительных состояний обычно приходится восстанавливать ретроспективно на основании свидетельских показаний, содержащихся в материалах уголовного дела. Именно выявленные следователем при проведении следственных действий объективные данные (показания свидетелей о поведении испытуемого, его высказываниях, особенностях мимики, моторики, контакта с окружающими и т. д., первый допрос испытуемого, его отношение к инкриминируемому ему деянию) оказываются единственной фактурой для формулирования врачом, судебно-психиатрическим экспертом своих диагностических выводов. Это тем более важно, что после выхода из психотического состояния больные, как правило, амнезируют не только совершенные ими противоправные действия, но и свои психопатологические переживания периода расстроенного сознания. При констатации исключительного состояния в период совершения правонарушения эти лица признаются невменяемыми.

**Список использованной литературы**

Основная:

1. Судебная медицина: учебник: доп. МВД РФ / Под ред. Пашиняна Г.А. - М.: ИМЦ ГУК МВД РФ, 2002. - 226с.

2. Величко Н.Н. Основы судебной медицины и судебной психиатрии: Учебник / Н. Н. Величко. - М.: ИМЦ ГУК МВД России, 2002. - 325с.

3. Датий А.В. Судебная медицина и психиатрия: учебник / доп. М-вом образования и науки РФ / А. В. Датий. - М.: ПРИОР, 2007. - 309 с.

4. Козлов В.А. Судебная медицина: учебно-методический комплекс / В.А. Козлов С.А. Денисов, В.Д. Исаков, Г.П. Лаврентюк / Департамент кадрового обеспечения МВД РФ. - М.: ЦОКР МВД России, 2009. -175 с.

Дополнительная:

1. Жариков Н.М. Судебная психиатрия: учебник: рек. УМО по медицин. и фармацевтич. образованию вузов России / Н.М. Жариков, Г.М. Морозов, Д.Ф. Хритинин. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : Норма, 2006. - 549 с.

2. БМЭ. Энциклопедический словарь медицинских терминов. – М.: Издательство «Советская энциклопедия», 1984.

3. Щадрин С.Ф, Гирько С.И., Николаев В.Н. и др. Судебная медицина. Общая и особенная часть: Учебник для вузов. – М., 2005.