

«Судебная психиатрия»

Серия «Хочу все знать»

М.Н. Мисюк, доцент кафедры юридической психологии МИУ,
кандидат медицинских наук, доцент, врач высшей категории

Учебное пособие

Учебно-методический комплекс
для студентов специальности
ПРАВОВЕДЕНИЕ

Москва, Издательство «ПРОСПЕКТ»

2015

Глава 10. Кратковременные расстройства психической деятельности – «исключительные состояния»

Исключительные состояния – симптоматически сборная группа временных расстройств психической деятельности.

Они объединяются такими общими клиническими признаками, как внезапное начало, непродолжительность (минуты, редко – часы), наличие расстроенного сознания с полной или частичной амнезией происходивших в этот период событий.

Исключительные состояния возникают у лиц, не страдающих психическими заболеваниями, и, как правило, представляют единственный эпизод, в течение всей жизни индивида. Однако чаще всего они наблюдаются у лиц с той или иной степенью психических отклонений.

Исключительные состояния могут быть обусловлены рядом причин. Это - наличие остаточных явлений перенесенных органических заболеваний нервной системы, черепно-мозговых травм, инфекций и интоксикаций, алкоголизм, психопатический склад характера.

Исключительные состояния встречаются редко. По данным Института судебной психиатрии им. проф. В.П. Сербского, число лиц, у которых они обнаружены, в настоящее время составляет 1-2% от общего числа лиц, признанных невменяемыми.

К исключительным состояниям относятся следующие болезненные формы.

1. Патологическое опьянение.
2. Сумеречные расстройства сознания, не являющиеся симптомом какого-либо хронического заболевания.
3. Патологические просоночные состояния.
4. Патологический аффект.
5. Реакция «короткого замыкания».

По характеру возникновения и течения исключительные состояния сходны между собой: начинаются и заканчиваются внезапно, протекают на фоне измененного сумеречного помрачения сознания, сопровождаются чаще всего бурным двигательным возбуждением и агрессией.

К особенностям этих состояний следует отнести то, что лица в данном состоянии не доступны контакту с другими людьми. Эти эпизоды длятся непродолжительное время (чаще минуты, реже – часы), после чего у них наступает истощение физических и психических сил (прострация), сон с последующим восстановлением психического здоровья. О произошедшем деянии у таких лиц отмечают полную или реже частичную амнезию.

Патологическое опьянение (острый транзиторный психоз) – см. «Алкоголизм» -7.3.

10.1. Сумеречное помрачение сознания

Развивается внезапно, обычно непродолжительно (минуты, часы, иногда – дни). Столь же внезапно исчезает, сменяясь глубоким сном. Иногда отмечается только глубокая дезориентировка всех видов (в месте, времени и собственной личности) с сохранностью привычных автоматизированных движений, в связи с чем, больные могут даже не привлечь к себе внимания окружающих - это простая форма сумеречного помрачения сознания. Если при этом больные непроизвольно блуждают, то говорят об амбулаторном автоматизме.

В других случаях отмечается речедвигательное возбуждение, страх, злоба, устрашающего содержания зрительные галлюцинации, бредовые высказывания. Находящийся в таком состоянии больной может совершить необычно жестокие акты агрессии и насилия. Позже либо следует полная амнезия психотического эпизода, либо сохраняется смутное воспоминание об отдельных бывших расстройствах, которые затем забываются (ретардированная амнезия).

10.2. Патологический аффект

Эта форма исключительных состояний возникает в связи с внезапной и интенсивной психической травмой, это болезненное состояние психогенного происхождения, возникающее у практически психически здорового человека.

Патологический аффект понимается психиатрами как острая реакция в ответ на психотравмирующее воздействие, на высоте, развития которой, имеет место нарушение сознания по типу аффективного сумеречного состояния. Аффективная реакция такого типа характеризуется остротой, яркостью выражения и трехфазностью.

1 фаза - подготовительная. Личностная переработка психогении, возникновение и нарастание аффективного напряжения. Острая психогения может сокращать эту фазу до нескольких секунд, резко ускоряя возникновение аффекта. Длительная психотравмирующая ситуация удлиняет нарастание аффективного напряжения, на фоне которого психогенный повод по механизму "последней капли" может вызвать наступление острой аффективной реакции.

2 фаза – фаза взрыва. Возникает кратковременное психотическое состояние: кратковременные расстройства восприятия в виде гипоакузий (звуки отдаляются), гиперакузий (звуки воспринимаются как очень громкие), иллюзорные восприятия. О нарушении сознания и патологическом характере аффекта свидетельствуют также чрезвычайно резкий переход интенсивного двигательного возбуждения, свойственного второй фазе, в психомоторную заторможенность.

3 фаза – заключительная. Характеризуется отсутствием каких-либо реакций «на содеянное», невозможностью контакта. У больного наступает терминальный сон или болезненная прострация, представляющая собой одну из форм оглушения.

Основным критерием разграничения патологического и физиологического аффектов служит установление симптомов психогенно обусловленного сумеречного расстройства сознания при патологическом аффекте или аффективно суженного, но не психотического состояния сознания при физиологическом.

10.3. Реакция короткого замыкания

Понятие «*реакции короткого замыкания*» практически исчезло из экспертной практики. Часть этих состояний квалифицируется как патологический или физиологический аффект. Так называемые «реакции короткого замыкания» могут развиваться у практически психически здоровых лиц, как правило, с астеническими личностными особенностями, а также при наличии легкой органической патологии, чаще посттравматического происхождения.

«Реакции короткого замыкания» возникают в результате длительного существующего напряжения в форме тоски или отчаяния, нередко сочетающегося с тревожным ожиданием. При этом в сознании такого больного доминирует аффект. Совершение противоправного деяния, которое до этого не предполагалось, определяется мгновенно сложившейся, зачастую случайной ситуацией.

Подготовительный этап этого состояния длительный, характеризуется формированием "аффективной почвы" (снижение порога аффективной устойчивости), на фоне которой развиваются неглубокие депрессивные состояния. Наблюдаются проходящие этапы - астенический этап, психосоматический этап, и этап формирования сверхценных идей.

Клиническая картина данного расстройства характеризуется нарушенным сознанием с автоматическими действиями или выраженными, не соответствующими поводу, аффективными нарушениями с импульсивными поступками, приводящими к совершению опасных действий, в виде агрессии, аутоагрессии и суицида.

«Реакция короткого замыкания» заканчивается либо психофизиологическим истощением (типа прострации), либо сном. Воспоминаний о совершенном деянии у испытуемого может и не быть или они фрагментарны, т.е. имеет место полная или частичная амнезия.

10.4. Патологическое просоночное состояние

Патологическое просоночное состояние в судебной психиатрической литературе описывалось под названиями "физиологическое и патологическое опьянение сном",

"сновидное опьянение"", относящееся к расстройствам пробуждения. Патологические просночные состояния, как правило, развиваются у лиц, склонных и ранее к расстройствам сна, особенно пробуждения, сопровождающихся медленным восстановлением ориентировки в окружающем. Возникновение их может провоцироваться приемом алкоголя.

Объектом агрессивного поведения обычно становятся лица, находящиеся вблизи, и искаженное восприятие их является как бы продолжением сновидения.

В период «просночного состояния» сознание помрачено, в силу чего полностью отсутствует контакт с окружающими. Последовательность и целенаправленность действий определяется содержанием сновидений.

После правонарушения сон или продолжается, или наступает пробуждение с адекватной последующей реакцией растерянности и удивления по поводу происшедшего. Однако возможны фрагментарные воспоминания, касающиеся в основном содержания сновидений. Сновидения, как правило, носят яркий, устрашающий характер, сопровождающийся страхом и необходимостью обороны.

Судебно-психиатрическая оценка. Состояния патологического опьянения, сумеречного помрачения сознания всегда свидетельствуют о *невменяемости* лица, совершившего противоправные деяния в таких состояниях.

Судебно-психиатрическая оценка патологического и физиологического аффектов различна. При совершении аффективного деликта невменяемость определяется только наличием признаков патологического аффекта в момент правонарушения. Данное состояние подпадает под понятие временного расстройства психической деятельности медицинского критерия невменяемости, так как исключает возможность такого лица в момент совершения противоправных действий осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий.

Судебно-психиатрическая оценка «реакции короткого замыкания» соответствует оценке патологического аффекта – признанием лица *невменяемым* в отношении инкриминируемого ему правонарушения. Выбор меры медицинского характера определяется наличием органически измененной почвы, выраженностью реактивного состояния на момент обследования и характером противоправного деяния.

Лица, совершившие правонарушения в состоянии патологического просночного состояния, признаются *невменяемыми*.

Следует признать, что диагностика и судебно-психиатрическая оценка исключительных состояний всегда вызывает значительные затруднения, так как они никогда не бывают, в силу их кратковременности, предметом непосредственного

врачебного наблюдения. Клиническую картину этих болезненных состояний приходится восстанавливать ретроспективно, в ряде случаев через значительные промежутки времени и только по материалам уголовного дела, с недостаточностью сведений для установления диагноза и судебно-психиатрической оценки. Поэтому диагностика даже в таких случаях должна быть направлена на выявление и фиксацию клинических симптомов исключительных состояний.

Это, прежде всего, следующие симптомы:

- наличие у подозреваемого или обвиняемого в период инкриминируемого деяния помраченного сознания;
- показания свидетелей могут способствовать выяснению возможности у такого лица дезориентировки, особенности высказываний (по которым можно судить о наличии галлюцинаторно-бредовых и иных психотических расстройств);
- характера поступков (наличие стереотипных действий);
- внешнего облика подэкспертного в это время; его поведение в момент окончания ситуации (возникновение прострации, сна).

Таким образом, только определенное сочетание признаков, образующих клиническую картину, позволяет судить о диагнозе той или иной формы исключительного состояния.

Лица с диагностированными формами исключительного состояния признают *неменяемыми*.