

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ АГРАРНЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ»**

**Методические рекомендации для
самостоятельной работы обучающихся по дисциплине**

Б.3.В.ДВ.4.2. Судебная медицина и судебная психиатрия

Направление подготовки *400301Юриспруденция*

Профиль подготовки (специализация) *уголовно-правовой*

Квалификация (степень) выпускника *бакалавр*

Нормативный срок обучения *4 года*

Форма обучения *очная*

СОДЕРЖАНИЕ

1. Организация самостоятельной работы.....	3
2. Методические рекомендации по самостоятельному изучению вопросов.....	4
2.1 Организация судебно-медицинской экспертизы.....	4
2.2 Экспертиза рубцов кожи.....	5
2.3 Проблемы невменяемости.....	8
2.4 Аффективные расстройства.....	9
2.5 Реактивные состояния в судебно-психиатрической клинике.....	11
2.6 Шизофрения. Алкоголизм, наркомания и токсикомания.....	15

1. ОРГАНИЗАЦИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

1.1 Организационно-методические данные дисциплины

№ п.п.	Наименование темы	Общий объем часов по видам самостоятельной работы (из табл. 5.1 РПД)				
		подготовка курсового проекта (работы)	подготовка реферата/э ссе	индивидуальные домашние задания (ИДЗ)	самостоятельное изучение вопросов (СИВ)	подготовка к занятиям (ПкЗ)
1	2	3	4	5	6	7
1	Раздел 1 Предмет, метод и задачи судебной медицины			6	6	
2	Тема 1 Предмет, метод и задачи судебной медицины			3	3	
3	Тема 2 Расстройство здоровья и смерть от действия механических факторов, от острого кислородного голодания (задушение), физических факторов			3	3	
4	Раздел 2 Расстройство здоровья и смерть от различных факторов			6	6	
5	Тема 3 Расстройство здоровья и смерть от действия химических веществ. Смерть и трупные изменения			3	3	
6	Тема 4 Судебно – медицинское исследование живых лиц, трупа			3	3	
7	Раздел 3 Судебно – медицинская экспертиза вещественных доказательств и по			6	6	

8	материалам дела Тема 5 Судебно – медицинская экспертиза вещественных доказательств и по материалам дела			3	3	
9	Тема 6 Судебно - психиатрическая экспертиза в уголовном и гражданском процессе			3	3	
10	Раздел 4 Общие понятия о психическом расстройстве в современной психиатрии			4	4	
11	Тема 7 Симптоматика психических расстройств. Шизофрения. Алкоголизм, наркомания и токсикомания			2	2	
12	Тема 8 Эпилепсия. Ограниченное поражение головного мозга. Психозы позднего возраста			2	2	
	Тема 9 Расстройства личности (психопатии), реактивные состояния, симуляция				2	
	Итого			22	24	

2. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО САМОСТОЯТЕЛЬНОМУ ИЗУЧЕНИЮ ВОПРОСОВ

2.1 Организация судебно-медицинской экспертизы.

Судебно-медицинская. Одним из часто встречающихся поводов для судебно-медицинской экспертизы является необходимость установления состояния здоровья различных лиц — участников уголовного или гражданского процесса. В одних случаях это предусмотрено уголовно-процессуальным законодательством, в других такая необходимость возникает в ходе расследования уголовных дел или при рассмотрении уголовных или гражданских дел в суде. Проводится Э. с. з. участников процесса, а также исследование трупов, когда по ходу следствия необходимо выяснить состояние здоровья в период, предшествовавший смерти.

Обязательны судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы для определения состояния здоровья в случае привлечения к уголовной ответственности немых, глухих, слепых и лиц, имеющих физические недостатки или психические отклонения, для определения психического состояния обвиняемого или подозреваемого в случаях, если возникает сомнение по поводу его вменяемости или способности к моменту производства по делу отдавать отчет в своих действиях либо руководить ими, и психического или физического состояния свидетеля либо потерпевшего, если возникает сомнение в его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания.

При расследовании преступлений против жизни и здоровья человека нередко возникает необходимость в проведении судебно-медицинской экспертизы. Предусмотрена уголовная ответственность за умышленное причинение тяжких, менее тяжких и легких телесных повреждений. Критериями степени тяжести телесных повреждений являются длительное или кратковременное расстройство здоровья вследствие повреждений и стойкая утрата трудоспособности.

2.2 Экспертиза рубцов кожи.

Органам расследования и суду в ряде случаев необходимо выяснить происхождение и давность рубцов кожи, особенно, если была попытка скрыть истинное происхождение рубца.

Кожные рубцы могут быть как исходом каких-либо общих и местных заболеваний, сопровождающихся патологическими процессами в коже, так и последствием внешних воздействий на кожу — механической травмы, высокой температуры и др. Дифференциальная диагностика рубцов нетравматического и травматического происхождения нередко затруднительна.

Рубцы остаются после многих патологических процессов в коже и подкожной клетчатке: сифилиса, туберкулеза, фурункулеза и т.д. По

некоторые рубцам можно без особого труда распознать бывшие заболевания (оспа, фурункулёз, гуммозный сифилис). При всем этом отдельные фурункулы, например, могут оставлять рубцы, похожие на рубцы, образовавшиеся после огнестрельных пулевых ранений. Характерные особенности имеют рубцы после ожогов и резаных ран.

Рубцы после пулевых ранений. Рубец на месте входного отверстия имеет обычно округлую или слегка овальную, большей частью неправильную форму и неровный край. Последний может быть пигментирован. Рубцы на месте выходного отверстия имеют неправильную форму, бывают иногда с лучистыми, слегка втянутыми краями.

От выстрелов на близком расстоянии в области рубца могут остаться внедрившиеся в кожу отдельные порошинки и мелкие металлические частички. Последние выйдут рентгенологическим исследованием, особенно в мягких лучах. Рубцы на месте входного отверстия от выстрела в упор имеют большие размеры, чем рубцы от выходного отверстия, часто лучистую или неправильную форму вследствие разрывов краев входного отверстия. В рубце могут оказаться вкрапленными отдельные порошинки и частички металлов.

Рубцы после повреждений острыми орудиями зависят от характера заживления раны. При заживлении раны первичным натяжением рубец имеет, как правило, линейную форму и к концам истончается. Эти особенности позволяют судить и о направлении движения лезвия. Подвижность рубца зависит от глубины повреждения.

Заживление раны вторичным натяжением оставляет рубец неправильной линейной формы, значительно превышающий по ширине лезвие. При затупленных лезвиях отличить рубцы после ран от острых орудий и тупых предметов невозможно.

Рубцы от повреждений колющими орудиями могут иметь форму поперечного сечения орудия, причинившего повреждение. При этом, скорее, будет исключением. Форма и величина рубцов после колотых и колото-резаных ран бывают различные. В некоторых случаях рубцы колотых ран имеют внешнее сходство с рубцами после пулевых ранений.

Рубцы после рубленых ран имеют характер рубцов от острых орудий, линейную форму. Стоит заметить, что они более глубоки, спаяны с подлежащими тканями, иногда с поврежденными костями.

Рубцы после повреждений тупыми предметами могут в отдельных случаях по внешнему виду напоминать рубцы от острых орудий. В большинстве случаев повреждения от тупых орудий заживают вторичным натяжением. Поэтому рубцы после них имеют неправильную форму, неровные края и нередко спаяны с подлежащими тканями, особенно в области костей. Заживление ран вторичным натяжением может значительно изменить форму рубца, что делает невозможным определение по нему орудия, причинившего повреждение.

И все же на трудности, детальное изучение рубца с применением всех существующих методов исследования может дать возможность установить происхождение повреждения, вызвавшего его образование.

Так как экспертиза рубцов проводится спустя длительное время после травмы, а иногда и через много лет, то вещественные доказательства и медицинские документы обычно отсутствуют.

Определение давности рубца производится по его особенностям: плотности, цвету, поверхности, подвижности и другим особенностям. В формировании рубца отмечают несколько стадий, переходящих одна в другую без резких границ. Весь период формирования и изменения рубца продолжается около 4-х месяцев. Разнообразие повреждений в сочетании с индивидуальными особенностями значительно влияет на характер и особенности формирования рубца и дальнейшее его изменение.

36.2. Методика экспертизы рубцов кожи

Судебно-медицинская экспертиза рубцов кожи проводится в порядке, принятом для экспертизы по поводу повреждений. Вначале необходимо ознакомиться с материалами дела, особенно с медицинскими документами, уяснить цель экспертизы, вопросы, подлежащие разрешению. Стоит отметить, что особое значение приобретают медицинские документы, поскольку имеющиеся в них сведения, как правило, будут более объективными, чем свидетельские показания. Затем переходят к собиранию анамнеза и жалобам. Анамнестические сведения также играют большую роль, так как дают возможность после исследования рубцов сопоставить полученные объективные данные с рассказом подэкспертного. После осмотра подробно осматривают, описывают и фотографируют рубец. При описании отмечают следующие особенности рубца: месторасположение, форму, размеры, поверхность, подвижность, плотность, цвет, отношение к окружающим тканям и состояние последних.

Иногда сопоставление всех обнаруженных на теле рубцов способствует установлению происхождения и того рубца, к которому непосредственно должен быть подвергнут экспертной оценке.

Придавливание рубца стеклом позволяет обнаружить иногда на фоне побледневшего участка посторонние включения. Последние из поверхностных слоев кожи удается иногда извлечь и подвергнуть судебно-химическому исследованию. Стоит сказать, для выявления сосудов в рубце, если они не заметны, на рубец наносят каплю вазелинового масла для просветления поверхностных слоев эпидермиса.

При необходимости проводятся дополнительные исследования. Рентгенологическое исследование позволяет обнаружить инородные включения и частички, что очень важно для выяснения происхождения повреждения. Исследование рубцов в ультрафиолетовых лучах дает возможность выявить невидимые при обычном освещении и мало заметные рубцы и осаднения, а

также их давность. Предварительно исследуемый участок кожи хорошо промывают с мылом, □□□бы избежать флюоресценции посторонних, загрязняющих кожу веществ, а затем осматривают под лучами ртутно-кварцевой лампы с фильтром.

Применение указанных методов расширяет возможности экспертизы рубцов, так как позволяет выявить детали, важные для обоснованного решения отдельных вопросов.

Следующим этапом экспертизы будет сопоставление полученных при исследовании рубцов объективных данных с рассказом подэкспертного о времени и способе получения повреждений.

В случае если есть возможность, то данные, имеющиеся в медицинских документах, сравнивают с результатами исследования рубцов, что позволяет дать более категорическое и полноценное судебно-медицинское заключение. К нему желательно приложить схемы частей тела человека, на к□□□□ых указывается расположение, форма и величина имеющихся рубцов, что дает возможность представить их соотношение с остальными частями тела. Наиболее убедительным и объективным отображением исследованного рубца будет фотография.

Стоит отметить, что особенно важно фотографирование при экспертизе рубцов лица, поскольку их суд обычно признает обезображивающими, а высшие судебные инстанции не могут без фотографии оценить правильность таких выводов.

Заключение судебно-медицинского эксперта с приложенными к нему иллюстрациями будет убедительным и наглядным документом.

2.3 Проблемы невменяемости

Интеллект обычно определяют как способность воспринимать абстрактные понятия, устанавливать их взаимосвязь, судить о них. Эта чрезвычайно сложная психическая функция включает множество компонентов - опыт, память, способность к учению, внимание, понимание, суждение, абстрактное и ассоциативное мышление, речь, математические способности, ориентацию и восприятие.

Умственная отсталость - это непрогрессирующее снижение интеллекта, обусловленное врожденной патологией либо нарушениями развития в раннем детстве и проявляющееся не менее чем в двух сферах адаптивного поведения. Всего выделяют 10 таких сфер: общение, самообслуживание, бытовые навыки, социальная активность, досуг, забота о своем здоровье и безопасности, самостоятельность поведения, академическая успеваемость, поведение в коллективе, трудовая деятельность. Таким образом, оценка интеллекта возможна лишь в контексте поведения человека в привычном кругу, в домашних условиях, в коллективе.

Под деменцией понимают утрату ранее приобретенных интеллектуальных способностей. Она может возникать в любом возрасте и в последующем прогрессировать либо оставаться на прежнем уровне. О наличии или отсутствии деменции можно судить лишь в том случае, если у больного нет острых нарушений сознания, а также некоторых психических расстройств.

Понятия «ограниченной» (уменьшенной) вменяемости

Уменьшенная вменяемость представляет собой разновидность вменяемости, при которой лицо при совершении преступления в силу наличия у него психических расстройств, не исключающих вменяемости, не способно в полной мере сознавать характер и общественную опасность своего деяния или руководить ими.

Как и вменяемость вообще, уменьшенная вменяемость обусловлена наличием двух необходимых критериев: а) медицинского — психическое или нервно-психическое расстройство; б) психологического — снижение способности осознавать или контролировать свои действия.

Причиной уменьшенной вменяемости (также, как и невменяемости) могут выступать временное расстройство психической деятельности, хроническое душевное заболевание, отставание в психическом развитии (слабоумие) или иное болезненное состояние.

В соответствии с концепцией уменьшенной вменяемости лицо, страдающее расстройством, не исключающим вменяемости, безусловно, подлежит уголовной ответственности, однако суд учитывает это обстоятельство при определении меры наказания и порядка его исполнения.

Задержки психического развития и их оценка

Причины ЗПР выделяют следующие:

1. Биологические:

- патология беременности (тяжелые токсикозы, инфекции, интоксикации и травмы), внутриутробная гипоксия плода;
- недоношенность;
- асфиксия и травмы при родах;
- заболевания инфекционного, токсического и травматического характера на ранних этапах развития ребёнка;
- генетическая обусловленность.

2. Социальные:

- длительное ограничение жизнедеятельности ребёнка;
- неблагоприятные условия воспитания, частые психотравмирующие ситуации в жизни ребёнка.

2.4 Аффективные состояния

Аффективные состояния могут проявляться в различной форме. Рассмотрим некоторые из них.

Страх - безусловно-рефлекторная эмоциональная реакция на опасность, выражающаяся в резком изменении жизнедеятельности организма. Страх возник как биологически защитный механизм. Животные инстинктивно боятся быстро приближающихся объектов, всего того, что может повредить целостность организма. Многие из врожденных страхов сохраняются и у людей, хотя в условиях цивилизации они несколько изменены. У многих людей страх - астеническая эмоция, вызывающая понижение мышечного тонуса, при этом лицо принимает масковидное выражение.

В большинстве случаев страх вызывает сильный симпатический разряд: крик, бегство, гримасы. Характерный симптом страха - дрожание мышц тела, сухость во рту (отсюда хриплость и приглушенность голоса), резкое учащение пульса, повышение сахара в крови и т. д. При этом гипоталамус начинает выделять нейросекрет, который стимулирует гипофиз на выделение адренокортикотропного гормона. (Этот гормон и вызывает специфический синдром страха.)

Социально обусловленные причины страха - угроза общественного порицания, потеря результатов длительного труда, унижение достоинства и т. п. вызывают те же физиологические симптомы, что и биологические источники страха.

Наивысшая степень страха, переходящая в аффект, - ужас.

Ужас сопровождается резкой дезорганизацией сознания (безумный страх), оцепенением (предполагается, что оно вызывается чрезмерно большим количеством адреналина) или беспорядочным мышечным перевозбуждением ("двигательная буря"). В состоянии ужаса человек может преувеличить опасность нападения и его оборона может быть чрезмерной, несоизмеримой с реальной опасностью.

Эмоция страха, вызванная опасным насилием, побуждает к безусловно-рефлекторным ответным действиям, основанным на инстинкте самосохранения. Поэтому такие действия в ряде случаев не образуют состава преступления.

Лица с ослабленной психикой (психастеники) могут иметь навязчивые, гипертрофированные представления об определенном виде опасности - фобии (боязнь высоты, острых предметов и т. п.).

Страх - пассивно-оборонительная реакция на опасность, нередко исходящую от более сильного лица. Если же угроза опасности исходит от более слабого лица, то реакция может приобрести агрессивный, наступательный характер - гнев.

В состоянии гнева человек предрасположен к мгновенному, часто импульсивному действию. Чрезмерно повышенное мышечное возбуждение при недостаточном самообладании легко переходит в очень сильное действие. Гнев сопровождается угрожающей мимикой, позой нападения. В состоянии гнева человек теряет объективность суждений, осуществляет малоконтролируемые действия.

Страх и гнев могут достичь степени аффекта, но порой они выражаются и в меньшей степени эмоционального напряжения.

Фрустрация (от *лат.* *frustratio* - неудача, обман) - конфликтное отрицательно-эмоциональное состояние, возникающее в связи с крахом надежд, неожиданно возникшими непреодолимыми препятствиями на пути достижения высокозначимых целей.

Фрустрация часто связана с агрессивным поведением, направленным против фрустратора - источника фрустрации. В случае неустранимости причин фрустрации (невозвратимости потерь) может возникнуть глубокое депрессивное состояние, связанное со значительной и продолжительной дезорганизацией психики (ослабление памяти, способности к логическому мышлению и т. п.).

Трудноопределимость фрустрации связана с тем, что человек не может устранить причины такого состояния. Поэтому в состоянии фрустрации человек ищет какие-либо компенсирующие выходы, уходит в мир грез, иногда возвращается к более ранним стадиям психического развития (регрессирует).

2.5 Реактивные состояния в судебно-психиатрической клинике

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 галлюцинаторно-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.

2.6 Шизофрения. Алкоголизм, наркомания и токсикомания.

Поскольку при рассмотрении дела судом апелляционной и кассационной инстанций Термин "наркотическое средство" включает в себя три аспекта: *медицинский, юридический и социальный*. Медицинский аспект заключается в том, что рассматриваемое вещество (лекарственное или нелекарственное) должно обладать способностью оказывать определенное воздействие на центральную нервную систему (ЦНС), вызывая эффект, который может быть оценен потребителями, как субъективно позитивный, т.е. данное вещество должно являться психоактивным. Социальный аспект подразумевает, что применение этого психоактивного вещества принимает социально значимые масштабы. Юридический критерий требует, чтобы данное психоактивное вещество официально было признано наркотическим уполномоченной

инстанцией (Министерство здравоохранения РФ) и внесено в список наркотических веществ.

В связи с этим термином "наркомания" определяют группу прогрессирующих заболеваний, вызываемых употреблением того или иного наркотика и определяющихся патологическим влечением к нему. Диагноз наркомании устанавливается на основании клинических признаков заболевания, таких как регулярное (континуальное или циклическое) употребление наркотического средства, патологическое влечение к нему, психическая и физическая зависимость, изменение толерантности. Заболевание, при котором выявляется зависимость от двух и более наркотических веществ, применяемых одновременно или в различной последовательности, получило название "полинаркомания".

Общая синдромология наркоманий

Большинство современных авторов соглашается с той позицией, что именно субъективно приятные переживания в состоянии наркотической интоксикации (так называемая эйфория) являются как пусковым моментом, так и причиной повторяющегося потребления наркотиков на ранних стадиях заболевания.

Психопатологическая структура состояний интоксикации различными психоактивными веществами крайне разнообразна, может включать в себя как собственно эйфорию, так и гипо- и маниакальные состояния, стимуляцию и седацию, включать дереализационно-деперсонализационные расстройства, галлюцинаторные переживания и др.

Зачастую молодые люди, чаще подростки, первоначально знакомятся с действием большого количества психоактивных веществ. Этот этап, предшествующий формированию собственно наркомании, был назван этапом поискового подросткового полинаркотизма. Затем происходит формирование предпочтения определенного наркотика. Это связано с различными факторами и прежде всего с собственными переживаниями в состоянии интоксикации, но не последнюю роль играет тот факт, какой именно наркотик является в настоящее время "модным" и более распространенным.

Считается, что с момента определения предпочитаемого наркотика начинается собственно развитие заболевания и прием наркотика, как правило, становится регулярным. Все поведение, установки, моральные ценности больного подчиняются потребности регулярного воспроизведения состояния интоксикации. Начинают проявляться характерные изменения личности по наркоманическому типу. Нарастают конфликты в семье, трудности в учебе или работе. Больные становятся равнодушными по отношению к близким и своим обязанностям, безответственными, морально деградируют. Вскоре происходит ослабление первоначального действия наркотика. Для достижения желаемого эффекта вначале требуются все большие дозы наркотика, затем - сочетание его с каким-либо другим психоактивным веществом, а еще позднее ни увеличение

доз, ни сочетанный прием не могут вызвать у больного желаемого состояния, а лишь препятствуют возникновению абстинентных расстройств.

Клинические проявления каждой формы наркомании представлены тремя облигатными синдромами: измененной реактивности, психической зависимости и физической зависимости.

Синдром измененной реактивности складывается из измененной формы потребления, изменения толерантности, исчезновения защитных реакций при передозировке, изменения формы опьянения.

Примером изменения формы потребления служит переход с интраназального или перорального приема на внутривенное введение наркотика. Синдром изменения толерантности выражается в угасании эффекта от первоначальной дозы наркотика, что приводит к вынужденному повышению дозы до определенного предела ("плато" толерантности). Описаны симптомы перекрестной толерантности, проявляющиеся в резистентности к другим препаратам, сходным по типу действия на ЦНС. Изменение формы опьянения выражается не только в обеднении картины интоксикации, но также появлении в ее структуре новых, ранее не свойственных компонентов. Так, наркотики опийной группы, которые вначале могут вызывать седативный, релаксирующий эффект, через некоторое время начинают оказывать психостимулирующее действие.

Синдром психической зависимости представляет собой патологическое влечение к достижению состояния интоксикации от определенных наркотиков или их комбинации. Зачастую уже после первых проб наркотиков больной оказывается не в состоянии достигнуть психического комфорта вне интоксикации, что вынуждает его прибегать к повторному приему наркотического средства. Именно синдром психической зависимости делает наркоманию таким трудным для излечения заболеванием. В настоящее время единой концепции патологического влечения к наркотикам не существует, однако в его структуре можно выделить отдельные компоненты.

Постоянная или обсессивная форма влечения проявляется навязчивыми мыслями о наркотиках в любое время суток, воспоминаниями о переживаниях в состоянии интоксикации, осознаваемым желанием принять наркотик (особенно интенсивно в те часы, в которые больной обычно наркотизировался). Может сопровождаться борьбой мотивов, элементами критических суждений. Всегда существует в обрамлении соответствующего аффекта - подавленного настроения с оттенком тоскливости, раздражительности, склонностью к дисфороподобным реакциям. Интерес к событиям внешнего мира, не связанным с наркотиками, практически отсутствует. Отвлечь внимание больного удастся только на короткое время. Больные, если они только достаточно откровенны и не стремятся к ускоренной выписке, сообщают врачу, что считают свое состояние безнадежным и не верят в возможность выздоровления. Эта форма влечения наиболее резистентна к проводимой терапии.

Вторая форма - компульсивное влечение к наркотику. Возникает периодически, чаще аутохтонно, реже может быть спровоцирована ситуационно. Иногда наблюдаются предвестники в виде снов наркотического содержания: видят во сне процесс изготовления, введения наркотика, изредка вплоть до начальных переживаний интоксикации. Пробуждаются в резко изменившемся состоянии, тревожны, возбуждены, настроение резко снижено. Вскоре отмечается вспышка влечения к наркотику по типу компульсии. Данный феномен, получивший название псевдоабстинентного синдрома, был описан вначале у больных, страдающих опийной наркоманией, а затем и при других видах зависимости от психоактивных веществ.

Как правило, на высоте компульсивного влечения больные настолько охвачены этим состоянием, что его критическая оценка, борьба мотивов невозможны. Впоследствии плохо помнят, что с ними происходило в этот период. При реализации влечения сознание больных упорядочивается, они искренне недоумевают, "как это могло получиться", переживают и раскаиваются. Эта форма влечения всегда сопровождается психомоторным возбуждением, соматовегетативными реакциями в виде блеска глаз, бледности кожных покровов, тахикардии, учащенного поверхностного дыхания.

Существует также *смешанная форма*, при которой на фоне постоянных навязчивых мыслей о наркотиках наблюдаются периодические вспышки компульсивного влечения.

Синдром физической зависимости или абстинентный синдром - это совокупность психопатологических, неврологических и соматовегетативных симптомов в различных сочетаниях и разной степени тяжести, возникающих при полном прекращении приема наркотика или резком снижении его дозы на фоне достаточно длительного его употребления, а также при блокировании действия наркотика его антагонистами. Клиническая картина абстинентного синдрома зависит от фармакологических свойств соответствующего наркотика и индивидуальных особенностей больного.

Нельзя не отметить происходящие в последние 7 - 10 лет резкие изменения как в контингенте больных наркоманиями, так и в составе употребляемых наркотиков, что привело прежде всего к патоморфозу отдельных клинических форм заболевания. Так, преобладавшие ранее кустарно приготовленные наркотики разных групп, в основном самодельный раствор опия и маковой соломки, а также наркотики из группы фенилалкиламинов с амфетаминоподобным действием - эфедрон и так называемый первитин - вытесняются героином, кокаином, амфетаминами, а также дериватами амфетамина, которые относятся не к психостимуляторам, а к галлюциногенам. Это 5-метокси-3,4-метилендиоксиметамфетамин (МДМА), более известный под названием "Экстази" - один из наиболее популярных сейчас молодежных "дискотечных" наркотиков. Эти изменения особенно интенсивно происходят в Москве и других крупных городах. Актуальной является также тенденция к

употреблению двух и более наркотиков из разных химических групп с формированием соответствующей полинаркомании, например, героин-кокаиновой или героин - "первитиновой".

С недавнего времени в клинической картине у больных с острым опийным абстинентным синдромом в ходе стационарного лечения наблюдают психотические расстройства делириозного круга. Психотическая симптоматика развивается обычно к концу 1 - 3 суток от начала терапии и характеризуется такими начальными проявлениями, как выраженное психомоторное возбуждение, суеверность, бессонница. Вскоре присоединяются дезориентировка в месте и времени, зрительные и слуховые галлюцинации. Описанные расстройства резистентны к психотропной терапии. Назначение нейролептиков ухудшает состояние и пролонгирует делирий. Эффект оказывает только проведение детоксикационной инфузионной терапии и назначение ноотропов, а также экстракорпоральная детоксикация (плазмаферез).

Период после минования острых абстинентных расстройств характеризуется развитием так называемого псевдоабстинентного синдрома, включающего три обязательных компонента: актуализацию патологического влечения к психоактивному веществу; особую депрессию или субдепрессию различной структуры с большой представленностью сенесто-ипохондрических расстройств и вегетативные нарушения, вызванные дисфункцией вегетативной нервной системы, сочетающей возбуждение эрготропного отдела вегетативной нервной системы с его истощением. Сочетание характерных для псевдоабстинентного синдрома сильного влечения к наркотику, соматовегетативных и субъективно испытываемых больным ощущений, напоминающих алгические расстройства при острой абстиненции, достигает иногда значительной выраженности и требует немедленной терапии, определяя, таким образом, псевдоабстинентный синдром как неотложное состояние в наркологии.

Клиническая форма опийной наркомании

К числу наиболее типичных клинических форм наркоманий в нашей стране относится опийная наркомания. Если ранее преобладало использование самодельного ацетилированного опия, то в настоящее время все чаще встречаются больные, употребляющие героин, т.е. диацетилморфин. Героин употребляют как интраназально (вдыхание), так и внутривенно. Симптомы острой интоксикации обеих разновидностей опиатов очень похожи. Кожные покровы вначале краснеют, а затем бледнеют, зрачки резко сужены со снижением или отсутствием реакции на свет, кроме случаев тяжелой передозировки, когда на фоне аноксии наблюдается мидриаз, отмечается сухость слизистых, гипосаливация, АД снижается, пульс урежается, понижается моторика кишечника. В психической сфере отмечается изменение аффекта. Настроение повышенное, благодушное, наблюдается либо стимуляция, оживление с повышенной потребностью двигаться, болтливостью, ускорением

ассоциативных процессов, либо, напротив, седация, психомоторная заторможенность, сонливость. При передозировке речь замедляется, становится смазанной, сознание помрачается, АД продолжает падать, нарастает гипотермия, угнетается дыхание, рефлексы ослабляются. Развивается сопор, а затем - кома, возможна смерть от паралича дыхательного центра.

Абстинентный синдром представлен слезотечением, насморком, зевотой, гипергидрозом, диареей. При героиновой наркомании эти симптомы редуцированы. Наблюдаются интенсивные болевые ощущения в мышцах, костях, суставах конечностей и поясничном отделе позвоночника. Боли ломящие, тянущие, выкручивающие, обуславливающие неусидчивость. Аппетит отсутствует, нередко тошнота, рвота. Настроение подавленное, с оттенком дисфории и тревоги. Очень стойки и мучительны инсомнические расстройства. Впоследствии длительное время сохраняются аффективные нарушения, расстройства сна, снижение концентрации внимания. Героиновая наркомания в целом характеризуется более сжатыми сроками формирования основных клинических симптомов и синдромов и большей тяжестью медико-социальных последствий.

Наркомания, вызванная употреблением каннабиоидов

Наркомания, вызванная употреблением каннабиоидов, также широко распространена. Каннабиоиды относятся к наркотикам, с которых обычно начинаются пробы психоактивных веществ, поэтому за рубежом каннабиоиды часто именуют "входными воротами". Вещество, обладающее наркотическими свойствами, содержится в растении конопля. Содержание его варьирует в зависимости от вида растения, ареала произрастания и используемой части растения. Наиболее распространенный способ употребления - курение, обычно в сочетании с табаком, но возможно и применение внутрь в виде экстрактов. Характер острой интоксикации индивидуален и в значительной степени зависит от установки субъекта на ожидаемый эффект и от окружающей обстановки. Действие наркотика обычно начинается с появления сухости во рту, ощущения тепла во всем теле, нарастания психомоторного возбуждения. Глаза блестят, зрачки расширены, склеры и особенно конъюнктивы инъектированы. Наблюдаются тахикардия, тахипноэ, артериальная гипертензия, нарушения координации, походки, тремор, смазанность речи. Настроение повышается, сопровождается неудержимой смешливостью, может смениться тревожностью, подозрительностью, либо появлением апатии, заторможенности и оглушенности. Характерны дереализационные и деперсонализационные расстройства. Нередко встречаются интоксикационные психозы. Абстинентный синдром очерчен недостаточно четко, первые несколько дней переносятся легко, но затем у больных нарастает чувство внутреннего напряжения, тревоги, раздражительности, характерна лабильность аффекта на общем депримированном фоне, вегетативные нарушения ("игра вазомоторов"), упорная бессонница. Такое состояние иногда перерастает в компульсивное

влечение, а завершается длительной астенией с дистимическим фоном настроения. Систематический многолетний прием препаратов конопли приводит к медленно прогрессирующим нарушениям познавательных функций, к общей и особенно психической астенизации, снижению способности к волевым действиям, больные утрачивают интерес не только к учебе и трудовой деятельности, но и к занятиям, ранее доставлявшим им интерес, а иногда даже к наркотикам, становятся холодны к близким, неряшливы, подолгу залеживаются в постели; масса тела часто увеличивается. За рубежом эти расстройства получили название "амотивационный синдром". При прекращении наркотизации и адекватном лечении эти расстройства частично обратимы. Из соматических осложнений обращают на себя внимание физическая дистрофия, сердечная, печеночная, почечная недостаточность, ретинопатия.

Наркомании вследствие злоупотребления психостимуляторами

Наркомании вследствие злоупотребления психостимуляторами - амфетаминами и веществами с амфетаминоподобным действием. Несколько лет назад в нашей стране получила широкое распространение наркомания, вызванная злоупотреблением кустарно приготовленными из эфедринсодержащих лекарств психостимуляторами - эфедроном и так называемым первитином [6]. Эти наркотики являются фенилалкиламинами с амфетаминоподобным действием. В настоящее время отмечаются случаи и амфетаминовых наркоманий. Клиническая картина обоих вариантов заболевания очень похожа и отличается лишь длительностью острой интоксикации, выраженностью отдельных симптомов и паттерном употребления - амфетамины, например, чаще употребляют внутрь и ежедневно, тогда как эфедрон и первитин - внутривенно и циклами по несколько суток с кратковременным "светлым промежутком". Типичные признаки острой интоксикации психостимуляторами: мидриаз, снижение реакции зрачков на свет, нистагм в крайних отведениях, гипертензия, тахикардия, сухость слизистых, тремор, повышение настроения, достигающее степени гипоманиакального, психомоторное возбуждение с говорливостью и неудержимым желанием общаться, переоценка своих способностей и возможностей, анорексия, гиперсексуальность. Характерны интоксикационные психозы. Психозы, развивающиеся вследствие однократной передозировки, носят обычно делириозный характер с обильными зрительными иллюзиями и галлюцинациями, тревогой, страхом, нарушением ориентировки в месте и времени и, как правило, непродолжительны. Психотические расстройства, возникающие в результате длительной многодневной наркотизации, обычно протекают по типу острых параноидов с подозрительностью, бредовыми расстройствами, на фоне тревожного или дисфороподобного аффекта и тяготеют к более длительному течению. Синдром отмены выражается общей слабостью, разбитостью, тоскливо-апатическим снижением настроения, нередко с суицидальными мыслями, которое сменяется вскоре лабильностью аффекта с

раздражительностью вплоть до злобности. В начале острой абстиненции наблюдается сонливость, затем - упорная бессонница. Повышается аппетит. Снижается артериальное давление, наблюдается склонность к коллапсам. Выявляются транзиторные боли в крупных суставах конечностей, пояснице, головные боли, нарушения статики, моторики, координации, рефлекторной сферы. Хроническая интоксикация психостимуляторами приводит к общему истощению, астенизации, развитию сосудистой и мышечной гипотензии. Отмечаются западение глаз, цианоз губ, бледность кожных покровов, пигментация, особенно по ходу вен, гнойничковые поражения вплоть до флегмон, тремор, фибриллярные подергивания мышц. Типичны токсические поражения почек, снижение иммунитета. Характерны длительные, плохо поддающиеся лечению расстройства настроения - от тоскливо-апатических субдепрессий до лабильности аффекта с раздражительностью и капризностью, нарушения памяти и концентрации внимания, снижение способности к обучению и продуктивной деятельности в целом.

Кокаиновая наркомания

Кокаиновая наркомания редко встречается в "чистом виде", обычно наблюдается опийно-кокаиновая полинаркомания или кокаин принимают эпизодически, чередуя его прием с употреблением других наркотиков. Кокаин принимают чаще всего интраназально, путем вдыхания или внутривенно. Пероральный прием практически не практикуется, так как наркотик в значительной мере инактивируется желудочным соком. Симптомы острой интоксикации кокаином основаны на его мощном психостимулирующем эффекте. Действие кокаина начинается с ощущения подъема, прилива сил, энергии. В начале заболевания отмечается действительное улучшение выполнения умственных и физических заданий. Одновременно отмечается сухость во рту, мидриаз и другие соматовегетативные и неврологические нарушения, аналогичные таковым при острой интоксикации психостимуляторами. Повышение настроения нередко достигает степени мании и даже экстаза, меняется восприятие окружающего: все кажется интригующе-интересным, цвета воспринимаются более чистыми и яркими, глубже делается восприятие музыки. Речь ускоряется, так же как и ассоциативный процесс, наблюдается двигательное возбуждение. Аффект делается крайне лабильным и легко переходит от веселости к гневливости, дисфороподобным реакциям и подозрительности. Интоксикационные психозы, абстинентный синдром и последствия хронической интоксикации носят такой же характер, как и при злоупотреблении психостимуляторами.

Барбитуровая наркомания

Барбитуровая наркомания в настоящее время встречается сравнительно редко. Барбитураты в основном принимают внутрь. Они оказывают тормозящее действие на ЦНС. При острой интоксикации наблюдаются бледность кожных покровов с пастозностью, сальным налетом, акроцианоз, зрачки вяло реагируют

на свет, отмечается латеральный нистагм, нарушения конвергенции и аккомодации, диплопия, артериальная и мышечная гипотония, тахикардия, гипотермия, гипорефлексия, нарушения статики, походки, координации, дизартрия, обедненная мимика. Нарастают заторможенность, сонливость, изредка встречается парадоксальное возбуждение, которое также может быть следствием синдрома измененной реактивности. Аффективный фон лабилен - от веселости до подавленности. При углублении интоксикации нарастает оглушенность, достигающая степени сопора и комы, замедляются пульс, дыхание, перистальтика, снижается почечная активность. Смерть при передозировке наступает в результате дыхательной, сердечной или почечной недостаточности. При регулярном потреблении отмечается сравнительно быстрый рост толерантности, формирование психической зависимости. Физическая зависимость формируется более медленно. Характерна перекрестная толерантность с алкоголем, транквилизаторами и другими депрессантами ЦНС. Абстинентный синдром протекает очень тяжело и представляет угрозу для жизни больного. Начинается с появления тревоги, непроизвольных мышечных подергиваний, тремора, особенно рук и пальцев. Прогрессирует слабость, головокружение, искажение восприятия, особенно времени. Появляется тошнота, рвота, упорная бессонница, повышение артериального давления, гиперактивность глубоких сухожильных рефлексов. Затем возникают генерализованные судорожные припадки, делириозные расстройства, значительно ухудшается соматическое состояние больных. К числу последствий хронической интоксикации барбитуратами относятся длительная астения, дизартрия, нистагм, стойкий дисфороподобный фон настроения, изменение личности по эпилептоидному типу - с вязкостью, тугоподвижностью мышления, ригидностью форм поведения, эгоцентричностью, злобностью. Характерны психорганические и неврологические расстройства, нарушение трофических функций. Вся перечисленная симптоматика отличается устойчивостью и почти не поддается обратному развитию.

Наркомания галлюциногенами

Наркомания галлюциногенами (психоделическими, психотомиметическими веществами) также пока встречается сравнительно редко. В эту группу входит большое количество различных веществ с разным химическим строением, но клиническая картина при их употреблении однотипна. Наиболее известными из этой группы наркотиков являются LSD (диэтиламид лизергиновой кислоты) - вещество синтетического происхождения, псилоцибин - растительное вещество, обнаруживаемое в некоторых грибах, мескалин - также растительного происхождения, содержащийся в разновидности мексиканского кактуса пейотле, а также фенциклидин (PCP). Особое место в этом ряду занимают синтетические дериваты амфетаминов - "экстази" и 2,5-диметокси-4-метиламфетамин, известный также как ДОМ или

STP, которые обладают свойствами как галлюциногенов, так и психостимуляторов. Острая интоксикация галлюциногенами включает в себя симпатомиметические эффекты, такие как мидриаз, тремор, тахикардия, гипергидроз, гипертензия. Нарушается координация, возникают гипертонус мышц, гиперрефлексия, снижается острота зрения, возможна анизокория. В психической сфере многие эффекты зависят от окружающей обстановки и установки потребителя на ожидаемый эффект ("предпрограммированность"). Изменяется восприятие окружающего: цвета воспринимаются более насыщенными, контуры предметов - более резкими, музыка вызывает больший эмоциональный отклик, обоняние и вкусовая перцепция обостряются. Встречаются синестезии: цвета могут слышаться, а звуки - видеться. Может возникать расстройство схемы тела, искажается восприятие времени и пространства. Вначале возникает аффект недоумения и восторга. Присоединяются галлюцинации, чаще зрительные, которые могут приобретать характер сценopodobных и нередко являются угрожающими. Соответственно меняется аффективная сфера: субъект может испытывать резкие колебания настроения, но чаще два противоположных аффекта сосуществуют одновременно: страх и восторг, отвращение и экстаз, благодушие и агрессивность. Повышается внушаемость. Типичными являются интроспективная рефлексия и глубокое вчувствование в религиозные и философские идеи. Синдром отмены у пациентов, употребляющих галлюциногены, не выявлен. Любой прием этих наркотиков может спровоцировать развитие острых бредовых расстройств персекуторного характера, сопровождающихся тревогой, страхом, психомоторным возбуждением, непредсказуемым поведением. Другой особенностью галлюциногенов является появление так называемых flash back или ретроспективных вспышек. Это спонтанное транзитное возникновение переживаний, испытанных в интоксикации, но без предварительного приема наркотиков. Эти явления могут служить причиной суицидального поведения.

Современная концепция лечения наркоманий

Основные принципы лечения наркоманий включают в себя добровольность, индивидуальность, комплексность и отказ от употребления наркотиков. В настоящее время лечебная тактика должна строиться с учетом патогенетических механизмов формирования зависимости от психоактивных веществ (ПАВ). В отличие от клинических аспектов наркоманий, изучение которых началось еще в начале прошлого века, патогенетические звенья формирования зависимости от ПАВ во всем мире начали изучать сравнительно недавно. Долгое время преобладал социально-психологический взгляд на данную проблему, и лишь данные, накопленные в последние два десятилетия, позволили прийти к единому мнению, что зависимость от ПАВ является также в определенной степени биологически детерминированной. Алан Лешнер, директор NIDA, много лет проработавший в Институте психического здоровья,

сказал: "Если мы хотим понять, что такое зависимость и как ее лечить, мы должны осознать, что имеем дело с популяцией, мозг которой находится в фундаментально ином состоянии". Он даже сравнивает наркоманию с шизофренией: "Сегодня никто не удовлетворится констатацией того, что плохое материнство вызывает шизофрению у отпрыска; в случае наркомании нам нужно понять, что изменения мозга являются частью наркомании, и лечить наркомана с учетом этого обстоятельства".

Известно, что в клинической картине всех вариантов наркоманий прослеживаются определенные периоды: интоксикация, острая абстиненция, период постабстинентных расстройств, этап формирования терапевтической ремиссии. Таким образом, лечение должно строиться с учетом периода заболевания.