

ЧАСТНАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

Кубышкина Дарья злого

1. Шизофрения

Шизофрения - эндогенное хроническое психическое заболевание невыясненной до конца этиологии, склонное к прогрессивному течению, сопровождающееся изменениями личности в виде снижения общей активности, аутизмом, утратой единства психических процессов, нарушением мышления, эмоциональным оскудением и другими разнообразными клиническими проявлениями, приводящими к психическому дефекту. Встречается у каждого сотого жителя России, особенно у мужчин 15-25_летнего возраста. Это психическое заболевание с прогрессирующим течением и разнообразной психопатологической симптоматикой, вплоть до появления психического дефекта - шизофренического слабоумия. Наиболее характерные его клинические признаки выражаются в расстройстве процессов мышления (разорванности речи, неадекватности), эмоциональной сферы (эмоциональной напряженности, тупости и холодности). Довольно часты у больных шизофренией слуховые галлюцинации (угрозы, оклики, приказы), бред (преследования, ревности, отравления), которые они могут и нередко пытаются скрывать (диссимулировать). В то же время память больного, его интеллект, полученные ранее знания остаются длительное время без значительных изменений. Но постепенно работоспособность заболевшего падает.



● Неразрывно с прогрессивностью шизофрении следует рассматривать особенности конкретных клинических психопатологических симптомов и синдромов, а также степень их тяжести, более выраженных в период рецидива заболевания. Прежде всего это:

- расстройство ассоциативной деятельности (потеря единства мыслительной деятельности, бессмысленные сочетания, разорванность, соскальзывание речи, резонерство, непродуктивность);
 - амбивалентность (одновременное возникновение антагонистических (противоположных) тенденций в психической деятельности, обуславливающих непоследовательность мышления и неадекватность поведения);
 - аутизм (погруженность во внутренний мир, недоступность в общении);
 - эмоциональная тупость (нарастающая вялость и апатия, безразличие к окружающим, исчезновение прежних привязанностей и интересов, черствость, сухость, холодность);
 - склонность к стереотипиям в психической сфере (манерность, оригинальность, негативизм, оппозиционность ко всему и ко всем, импульсивность).
-

2. Эпилепсия

Эпилепсия - хроническое психическое заболевание, в клинике которого отмечают судорожные и бессудорожные припадки (пароксизмы), психозы и специфические изменения личности, вплоть до эпилептического слабоумия. Эпилепсия довольно часто распространена у правонарушителей молодого возраста. Среди причин, вызывающих эпилепсию, наибольшее значение имеют наследственность (алкоголизм, наркомания, сифилис родителей), а также травмы и заболевания головного мозга.

Проявления эпилепсии довольно многообразны. Однако каждому больному, страдающему ей, свойственны достаточно постоянные эпилептические нарушения. Во всех случаях после возникновения судорожных и бессудорожных пароксизмов они наблюдаются обычно в течение всей жизни больного, на фоне в той или иной степени выраженности специфических изменений личности. Ухудшение в состоянии здоровья больных эпилепсией бывает самопроизвольным (некоторые связывают с изменением метеорологических условий), но чаще оно провоцируется воздействием психогенно-травмирующей ситуации, приемом наркотиков, черепно-мозговыми посттравматическими изменениями и заболеваниями головного мозга.



- Психопатологические проявления эпилепсии позволили психиатрам выделить по основным симптомам три основные группы этого психического заболевания, хотя одни и те же нарушения (симптомы) могут встречаться в каждой из них. Разберем эти группы более подробно, так как во многом их клиника определяет различное поведение правонарушителей.

I группа - судорожные (пароксизмальные) состояния. Они делятся на большие и малые эпилептические припадки (группа пароксизмально-судорожных состояний) и эпилептические эквиваленты.

Большие эпилептические припадки характеризуются кратковременными судорожными приступами, сопровождающимися потерей сознания. Это один из основных симптомов эпилепсии. Он длится 1-3 минуты и проявляется последовательной сменой следующих фаз:

- ауры (обычно возникающей за несколько секунд или минут до припадка в основном в виде разнообразных вегетативных, психических, сенсорных и двигательных нарушений);
- тонических и клонических судорог на фоне нарушенного сознания (возможно с прикусыванием языка, произвольным мочеиспусканием);
- оглушения сознания либо кратковременного сна.

● 3. Маниакально-депрессивный психоз

Маниакально-депрессивный психоз - эндогенное психическое заболевание с хроническим течением, протекающее в форме периодически чередующихся приступов маниакального (повышенного настроения, ускоренного мышления, двигательного возбуждения) и депрессивного (пониженного настроения, замедленного мышления, двигательной заторможенности) состояний.

Протяженность этих фаз - от двух до шести месяцев, чаще всего они разделены интермиссиями (то есть такими состояниями, при которых исчезают психические расстройства и восстанавливается нормальная психическая деятельность с присущими для данной личности психологическими особенностями). Этим маниакально-депрессивный психоз отличается от других психических заболеваний, например шизофрении. Однако депрессивные фазы у него более продолжительные.



- При наличии маниакально-депрессивного психоза необходимо уточнить возможность тех или иных деяний в течение различных фаз. При маниакальном приступе для больных типичны повышенная психическая деятельность, переоценка своих возможностей и способностей, неоправданный оптимизм и альтруизм, хвастовство, иногда переходящее в бред величия, реформаторства, высокого социального происхождения. В этом состоянии им присуща непродуктивная (нецеленаправленная и неоправданная) занятость. Они находят для себя массу дел, которые сопровождаются дезорганизацией дома и на работе. Возникающие при этом нетерпимость и раздражительность подталкивают больных к непродуманным и даже хулиганским действиям. Во время этой фазы у них повышаются различные влечения, появляются склонность к алкогольным и сексуальным эксцессам, расточительству, стремление к общению с асоциальными личностями и т.д. Обычно эта фаза наступает в вечернее время.
- Судебно-психиатрическая практика показывает, что для больных маниакально-депрессивным психозом характерно:

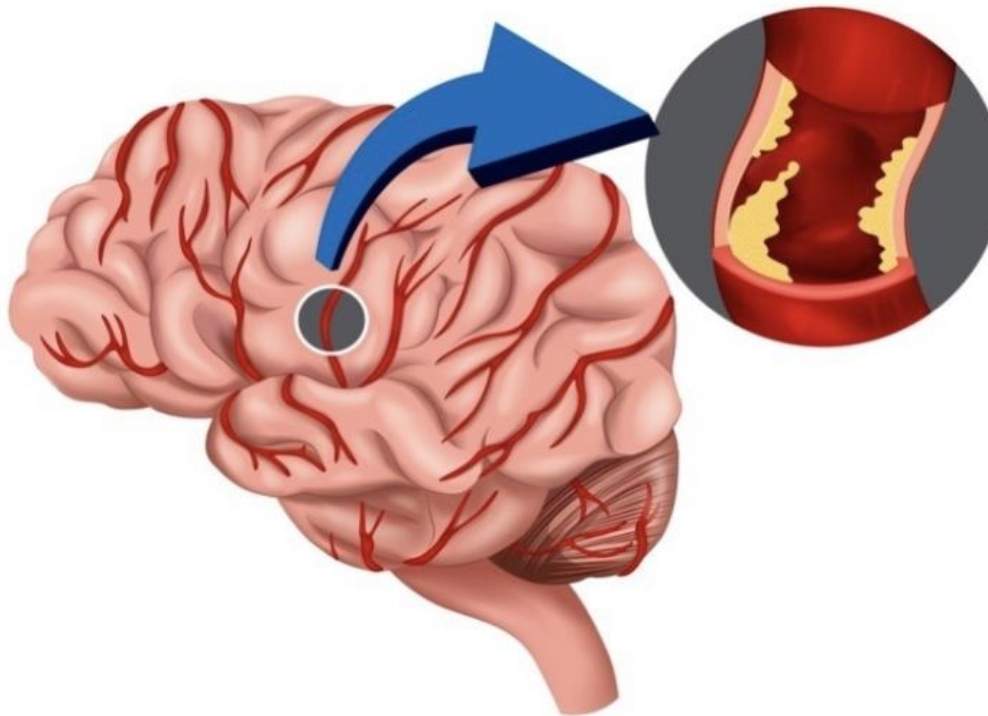
- в маниакальной фазе - особая склонность к возбуждению, нарушению общественной нравственности и социального поведения (растраты, незаконные сделки, сексуальные эксцессы, обострение влечений, альтруизм);

- в депрессивной фазе - преобладание торможения, повышенная болезненная возможность самооговоров и оговоров, склонность к агрессии, нанесению вреда своему здоровью, самоповреждениям и самоубийствам и совершению тяжелых, социально значимых криминальных деяний Волков В.Н. Судебная психиатрия

4. Травматические поражения головного мозга

В судебной психиатрической практике последствия травматического поражения головного мозга (в виде сформированного психоорганического синдрома) встречаются чаще других психических заболеваний в основном из-за возросшего агрессивного поведения части населения (нередко под влиянием злоупотребления алкоголем), заметного увеличения числа молодых людей, участвующих в военных действиях, занимающихся регулярно боксом, кикбоксингом, каратэ, а также из-за роста преступности в стране.

Последствия травматической болезни головного мозга - одна из самых сложных и до конца не решенных проблем медицины, и в частности психиатрии. Ведь симптомы черепно-мозговой травмы представлены при одной и той же мозговой травме различными эмоционально-волевыми и интеллектуально-мнестическими расстройствами, вызванными необратимыми изменениями в одинаково пораженных травмой и внутрочерепными кровоизлияниями участках головного мозга, нарушением циркуляции спинномозговой жидкости.



● три основных этапа в посттравматическом периоде:

- начальный, следующий непосредственно за травмой и характеризующийся различной степенью утраты сознания (в легких случаях - непродолжительной, в тяжелых - вплоть до комы), оглушенностью;
- острый, сопровождающийся восстановлением сознания и возникновением разнообразных нервно-психических расстройств; в этот период наблюдаются различные формы потери памяти, то есть амнезия (ретроградная, антероградная), выраженная астения с нарушениями сна, вестибулярные и вазовегетативные нарушения (головокружение, тошнота, лабильный пульс, артериальное давление, потливость);
- отдаленные последствия с полной редукцией (обратным развитием) имевшей место нервно-психопатологической симптоматики или формирование резидуальных психоорганических и неврологических синдромов (то есть возможна апраксия и другие расстройства).

5. Сифилитические заболевания центральной нервной системы

Нейросифилис - специфическое заболевание центральной нервной системы, сравнительно редко встречаемое в практике общей психиатрии, но часто при судебно_психиатрических исследованиях. Основной причиной этого заболевания эксперты_психиатры считают перенесенный в прошлом и плохо леченный (или не леченный никогда) сифилис. При этом психопатологические проявления обусловлены проникновением в головной мозг возбудителя заболевания - бледной трепонемы и соответствующим поражением паренхимы, нервных клеток и сосудов мозга, воспалением мозговых оболочек либо появлением специфической опухоли (гуммы). По степени деструктивных изменений центральной нервной системы, соматоневрологических и психопатологических осложнений психические расстройства при нейросифилисе подразделяются на сифилис головного мозга и прогрессивный паралич.



6. Сосудистые заболевания головного мозга

Судебно_психиатрическое исследование психических нарушений при сосудистых поражениях головного мозга проводится в основном у лиц с мозговым атеросклерозом и довольно часто сопутствующей ему гипертонической болезнью. Рассмотрим их клинику и те или иные деяния, совершаемые больными с мозговым атеросклерозом сосудов головного мозга и гипертонической болезнью.

Мозговой атеросклероз - хронически протекающее общее заболевание организма человека, но с преимущественным склеротическим поражением артерий головного мозга. Его возникновению способствуют неблагоприятная наследственность, неоднократные черепно_мозговые травмы, острые и хронические психотравмирующие воздействия, хронические интоксикации (алкоголем, наркотиками), инфекционные заболевания.

