

В. И. Петров, Н. В. Пантелеева, А. А. Кралько, К. А. Клочкова, Т. М. Шутро

ПРОПАГАНДА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ КАК ФАКТОРА ПРОФИЛАКТИКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ И ИХ ПРОТИВОПРАВНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ

*УО «Могилёвский государственный университет им. А. А. Кулешова»,
РНПЦ психического здоровья МЗ Республики Беларусь*

Представлены сведения об особенностях протекания психических процессов у лиц, находящихся в исключительных состояниях, возможности совершения ими противоправных действий. Расстройства психической деятельности в виде нарушений восприятия, мышления, эмоций, двигательной-волевой сферы с дезорганизацией поведения при возникновении исключительных состояний создают условия для возникновения криминальных событий. По данным судебно-психиатрической экспертизы возможность реализации социально-опасного поведения в виде общественно-

опасных деяний в этих состояниях обусловлена наличием психотических нарушений на момент совершения общественно-опасного деяния, психическим и физическим истощением, ведением нездорового образа жизни. В статье рассмотрены общие и частные признаки исключительных состояний, их связь с противоправной активностью. Обращено внимание на необходимость профилактики этих расстройств в виде проведения мероприятий по пропаганде здорового образа жизни. Представленная статья имеет конкретное практическое значение.

Ключевые слова: исключительное состояние, здоровый образ жизни, экспертиза, общественно-опасное деяние.

V. I. Petrov, N. V. Panteleeva, A. A. Kralko, K. A. Klochkova, T. M. Shutro

PROPAGANDA OF THE HEALTH MODE OF THE LIFE AS A FACTOR THE AVERTION OF ARISING THE EXCEPTION STATES AND THEIR SOCIAL-DANGER CONSEQUENCES

The data about the features of course mental processes at persons with exception states, which will defining the possibility of committing by them against law actes are presented. The disorders of mental activity in the view of breaking perception, way of thinking, emotions and move-willing sphere with disorders organization of behaviour in the time of turn for the exception states creating the conditions for to appearance of criminal events using in law guard practice. On the data of justice-psychiatrical expertise the possibility of manifestation social-danger behaviour in the view of social-danger actes connecting with the presence keen mental disorders at the moment of committing the social-danger action, that connecting with physical and mental exhaustion, observing of the unhealthy mode of the life. In the article have been examined the common and private the signs of the exception states, which furthering against law behaviour. One must considering the needing of the aversion arising the exception states in the view carrying the measures by propaganda of the health mode of the life. The present article has concrete practical meaning.

Key words: exception state, health mode of the life, expertise, social-danger action.

Проблема формирования здорового образа жизни по-прежнему остаётся актуальной и является одной из приоритетных задач политики белорусского государства. Отсутствие значительного роста общей численности населения, злоупотребление алкоголем частью наших сограждан, нездоровый интерес к потреблению психоактивных веществ, рискованные формы поведения среди молодёжи, например «паркур» или лазание по стенам высотных сооружений, пренебрежение правилами «безопасного секса», дезактуализация «инстинкта самосохранения» в поисках острых ощущений («адреналина») в виде небезопасных способов самореализации, представляющих угрозу жизни и здоровью, заставляют искать новые пути укрепления демографической безопасности, сохранения кадрового потенциала страны, физического и психического здоровья нации.

Один из рациональных путей сохранения нормальных психических кондиций — это ведение здорового образа жизни. Под этим термином большинство понимают способ реализации основных аспектов повседневной жизнедеятельности человека, который способствует сохранению и укреплению его здоровья, а также полноценному выполнению социальных функций. Это также и профилактика заболеваний, замедление прогрессирования уже имеющих, профилактика преждевременной старости и смерти. Нередко элементы «саморазрушающего поведения» человека (потребление алкоголя, выраженное физическое и психическое истощение, длительное психоэмоциональное напряжение, недосыпание и др.) могут стать одной из составляющих причин возникновения «исключительных состояний» — острых, временных, как правило, неповторяющихся психотических нарушений, встречающихся исключительно редко. Здесь психические нарушения — своеобразная реакция на внезапное, психогенно обусловленное, воздействие, лично значимое для конкретного человека [5].

Возникновение любых психических расстройств — это результат сложных и разнообразных нарушений деятельности различных систем организма человека с преиму-

щественным поражением головного мозга, особенно его отделов, отвечающих за реализацию высших психических функций. Основными признаками психической дезорганизации являются нарушения психических функций в виде нарушений критики и социальной адаптации.

Известный русский психиатр, один из основоположников советской психиатрии, П. Б. Ганнушкин утверждал: «Душевная болезнь связывается с состоянием всего организма, с врождённой конституцией индивидуума, с состоянием его обмена веществ, с функционированием эндокринной системы, наконец, с состоянием нервной системы... Головной мозг является только главной ареной, на которой разыгрывается и развёртывается всё действие».

Причины большинства психических расстройств до сих пор в значительной мере остаются неизвестными. Неясно также соотношение в их происхождении наследственности, внутренне обусловленных особенностей организма и вредностей окружающей среды. Какой-либо одной причины, вызывающей психические болезни, нет и не может существовать. Они бывают врождёнными и приобретёнными, полученными в результате травм и инфекций, обнаруживаются в раннем и преклонном возрасте, могут носить как постоянный (например, при шизофрении или деменции), так и временный (например, патологический аффект или реактивная амнезия), т.е. протекать в течение определённого промежутка времени, часто не оставляя после себя никаких заметных изменений в психике человека.

Распространённость временных психических расстройств составляет 2,0—3,0% от общего числа лиц, впоследствии признанных невменяемыми. Они включают исключительные и реактивные состояния (психические расстройства как результат реакции на психотравмирующую ситуацию), в большинстве отечественных классификаций рассматривается отдельно от других групп заболеваний. Исключительные состояния включают три их разновидности: патологический аффект, патологическое опьянение, сумеречное помрачение сознания и патологическое про- соночное состояние. В недавнем прошлом каждая из этих

форм описывалась в разделах общей и частной психиатрии, не выделяясь в особую группу. Патологический аффект рассматривался в главе об общей симптоматологии как одна из форм аффективных расстройств; сумеречное состояние сознания и патологическое просоночное состояние — в главах, посвящённых эпилепсии или истерии; патологическое опьянение — в главе об алкогольной зависимости, что отражало имевшую в то время тенденцию, которая сохранилась и до наших дней. По распространённости исключительных состояний, чаще всего встречается патологическое опьянение, за ним по частоте следует сумеречное помрачение сознания и патологическое просоночное состояние, реже других диагностируется патологический аффект.

Психиатрическая практика, в частности опыт проведения судебно-психиатрических экспертиз, подтверждает целесообразность и оправданность выделения всех форм исключительных состояний в одну самостоятельную группу и их совместное описание. Все они объединяются большим сходством клинической картины и особенностями течения расстройств психической деятельности, определённой общностью патогенетических механизмов, во многих случаях чрезвычайно большими трудностями, возникающими при их распознавании. Кроме того, существует единство диагностических и судебно-психиатрических критериев их оценки. Всё вышеперечисленное позволило выделить главную и кардинальную черту исключительных состояний — их психотический характер, проще говоря, психоз, когда человек «выпадает» из реальной ситуации, налицо дезориентировка в пространстве и времени, дезорганизация мышления и поведения с отсутствием критики на происходящее, с автоматизацией моторных функций вне сознательного и волевого контроля поведения. Таким образом, главным признаком всех исключительных состояний является нарушение сознания [3].

Следует особо подчеркнуть, что в генезе исключительных состояний играют роль отдельные элементы нездорового образа жизни. Являясь, если не основной причиной, то одним из пусковых механизмов возникновения болезненного процесса на определённом этапе жизнедеятельности, они могут приводить к противоправной активности человека и непоправимым для него последствиям. С учётом нарушений памяти на события, связанные с совершением общественно-опасных деяний у лиц, находящихся в исключительных состояниях, их диагностика бывает затруднена. Клиническая картина (симптоматика и течение) восстанавливается ретроспективно, по материалам уголовного дела, показаниям очевидцев и, прежде всего, по установлению факта помрачения сознания.

Исключительные состояния имеют некоторые общие схожие признаки. Среди них можно выделить [1]:

- внезапное начало;
- характерная предрасположенность образа жизни в виде вредных для здоровья аспектов функционирования, нередко у практически здоровых лиц;
- изначальная психическая неустойчивость личностей, склонных к возникновению исключительных состояний, когда налицо признаки органического изменения ЦНС (после ЧМТ, инфекций головного мозга, при наличии энцефалопатий различного происхождения);
- непродолжительность протекания по времени (чаще минуты, реже — часы);
- наличие расстроенного, преимущественно сумеречного сознания, не являющегося симптомом какого-либо

другого хронического психического расстройства, с двигательным возбуждением или заторможенностью, часто с бредом и галлюцинациями;

- заканчиваются прострацией или сном, после которого происходит полное восстановление нарушенных психических функций (обратимость психотической симптоматики с последующей полной или частичной потерей памяти (амнезией);

- редкие повторения этих состояний (крайне редко — патологическое опьянение или сумеречное расстройство сознания).

Исключительные состояния могут возникать у лиц, подверженных эмоциональному напряжению, изнуряющим психологическим и физическим нагрузкам, другим истощающим воздействиям внешних и внутренних факторов (ненормированный труд, работа в экстремальных ситуациях, необходимость принятия решений в кратчайшие сроки, риск для здоровья и жизни, потребность в само- и профессиональной реализации в условиях ограниченности ресурсов, болезненные состояния, особенно с болью и изменением качества жизни и т.п.).

Возникновению исключительных состояний также способствуют психическая травматизация, предшествующие ЧМТ, инфекции и интоксикации, алкоголизация, психологическое и телесное истощение, бессонница, хроническое недомогание, страх, боязнь ответственности, недоедание, переохлаждение или перегревание.

Наличие психопатического склада характера, невротических расстройств также создают ту или иную степень психической неустойчивости, которая вместе с тем ни в коей мере не является проявлением душевного заболевания в узком смысле этого слова. Прежде этой психической неустойчивости отводилось ведущее значение, как фактору, обуславливающему развитие исключительных состояний. В настоящее время значительное большее, даже ведущее значение, в их возникновении придаётся разнообразным внешним, временно действующим, истощающим моментам.

Существует определённая связь между формой исключительного состояния и предшествующим его возникновению патологическим фоном. Например, сумеречное помрачение сознания, патологическое опьянение и патологическое просоночное состояние чаще возникает у лиц с остаточными органическими заболеваниями ЦНС при воздействии таких временных внешних факторов, как телесные и инфекционные заболевания, алкогольное опьянение, вынужденная бессонница и недосыпание. Патологический аффект чаще возникает у психопатических личностей или у лиц с невротическими расстройствами под влиянием психической травмы.

Однократность возникновения исключительных состояний в большинстве случаев на протяжении жизни у одного и того же лица как раз и является их особенностью, позволяющей полагать, что возникновение исключительных состояний обусловлено не простым сочетанием внутренних и внешних причин, которое в повседневной жизни наблюдается достаточно часто, а сочетанием их в каких-то совершенно особых количественных и качественных соотношениях. Такие соотношения возникают лишь при очень большом числе вариаций, из которых только одна может вызвать появление исключительного состояния [2].

Кратко охарактеризуем основные формы исключительных состояний:

Термин «патологический аффект» предложил в 1897 году R. Krafft-Ebing. Под ним он понимал кратковременное

расстройство сознания, возникновение которого связано с действием психотравмирующих факторов. Причём, психотравма внезапная и интенсивная. Для него характерно помрачение сознания с отрывом от действительности; искажённое восприятие окружающего мира; ограничение сознания узким кругом представлений, непосредственно связанных с актуальным раздражителем; стадийность протекания в виде подготовительной стадии, «взрыва» и заключительной стадии.

Подготовительная стадия начинается с психологической травмы: нанесения обиды, оскорбления, получения потрясающего события. Нарастает эмоциональное напряжение, изменяется восприятие человеком окружающего мира, мышление ограничено узким кругом представлений о психотравмирующем событии.

Стадия «взрыва» проявляется гневом и яростью с помрачением сознания и полной дезориентировкой. На высоте нарушения сознания возможны иллюзии (искажённое восприятие) и галлюцинации (ложное восприятие несуществующих объектов). «Всплески» эмоций проявляются бурным двигательным возбуждением с автоматическими действиями, бессмысленной агрессией, разрушительными тенденциями («с жестокостью автомата или машины...»), выраженными мимическими и вегето-сосудистыми реакциями (лицо резко краснеет или бледнеет, заостряются черты, мимика выражает гнев, ярость, отчаяние, недоумение).

Заключительная стадия характеризуется внезапным исчезновением физических и психических сил и непреодолимым глубоким сном. Иногда вместо сна наступает прострация (слабость, вялость, безучастность и безразличие к окружающему и содеянному). Воспоминания о происшедшем обычно не сохраняются или частичны.

Согласно законодательству Республики Беларусь «патологический аффект» является смягчающим обстоятельством. С практической точки зрения важно понимать отличия патологического аффекта от физиологического, наличие которого не освобождает от уголовной ответственности за совершённое преступление. Для последнего, как отличительные признаки, характерно: развитие психических нарушений без типичной для патологического аффекта смены фаз; отсутствие помрачения сознания; разрешение физиологического аффекта не завершается сном или прострацией; не характерны амнезии периода криминального события.

Патологическое опьянение — это острое, кратковременно протекающее психическое расстройство, возникающее в результате приёма алкоголя (суррогатов). Оно развивается на фоне негативных условий жизнедеятельности спустя несколько минут после потребления или на фоне предшествующего простого алкогольного опьянения. Для патологического опьянения характерно внезапное начало (после приёма как малых, как считалось ранее, так и больших доз алкоголя), помрачение сознания, ложные умозаключения и восприятия (бред и галлюцинации), что вызывает переживания, связанные с болезненной трактовкой окружающего. Имеет место эмоциональная напряжённость в виде безотчётного страха, растерянности, гнева и тревоги. Поступки определяются содержанием болезненных бредовых переживаний. Общественно-опасные деяния, совершаемые лицами в состоянии патологического опьянения, не являются их разумной реакцией на реальные события.

В этом состоянии, как ни странно, не нарушаются равновесие и сложные, автоматизированные, двигательные

навыки («патологически опьяневшие» правильно находят путь к дому, уверенно пользуются транспортом и пр.). Для патологического опьянения характерно внезапное окончание болезненного состояния и переход его в сон с последующей полной утраты памяти события периода опьянения (иногда с отрывочными воспоминаниями о пережитом) [2].

Сумеречное состояние сознания, как отдельная форма исключительных состояний в отличие от одного из эквивалентов эпилепсии, имеет неоднородные внешние проявления, может повторяться у одного и того же лица. Встречается нередко. Провоцируется приёмом алкоголя, возникает на фоне остаточных поражений головного мозга вследствие инфекций, интоксикаций, сосудистой недостаточности. Проявляется частичной или полной отрешённостью от окружающего мира. Характерны дезориентировка в месте, времени и ситуации (мир воспринимается «как через трубу», фрагментарно и нечётко), полный отрыв от действительности. Имеют место болезненно искажённое восприятие окружающего, сохраняется способность к сложным автоматизированным действиям. Нарушается мышление с частичной или полной невозможностью правильных суждений и запоминанием происшедших событий. Опасность складывающейся ситуации в том, что поведение человека в состоянии сумеречного сознания определяется содержанием его бреда и галлюцинаций, сильными эмоциями страха, ярости, злобы или тоски. В таких случаях возникают аффекты неистового возбуждения, склонность к жестоким, агрессивным действиям (нередко очень жестоким) или, наоборот, что встречается реже, имеет место упорядоченное поведение, но с обязательным развитием амнезии на произошедшие события.

Патологическое просоночное состояние ещё в 1905 году подробно описал Н. Gubben. Из 18 описанных им случаев этого исключительного состояния, 11 закончились совершением убийств, 4 — нанесением тяжкого вреда здоровью жертвам преступлений. По его описанию во всех случаях сновидения воспринимались большими ярко, как устрашающая действительность. Кстати, ранее это состояние называли «опьянение сном».

Патологическое просоночное состояние — это состояние неполного пробуждения после глубокого физиологического сна, который сопровождается яркими (часто кошмарными) сновидениями, с неравномерным переходом от сна к бодрствованию отдельных систем головного мозга, когда и может быть совершено противоправное деяние. Складывается ситуация дискоординации психической деятельности головного мозга, когда структуры, связанные с простыми движениями «пробуждаются», а высшая психическая деятельность «спит». От сонного торможения при этой ситуации раньше освобождается двигательная сфера. Субъект может передвигаться, совершать ряд моторных актов, в том числе и агрессивные действия, в то время как сознание продолжает оставаться ещё неясным. Патологическое просоночное состояние возникает не только в состоянии неполного пробуждения, но и в период засыпания при наличии мучительного желания сна и невозможности удовлетворить его. Оно, как правило, кратковременно. Оно чаще возникает у лиц, с уже имевшим место ранее, поражением ЦНС, а также у глубоко и крепко спящих людей. Это состояние также провоцируется употреблением алкоголя перед сном, предшествующим эмоциональным переутомлением, напряжением, вынужденной бессонницей. Оно проявляется помрачением сознания, глубокой дезориентировкой. Характер продолжающегося сна обыч-

но яркий, образный, устрашающий. При этом искажается восприятие реальных событий, в которое «вплетаются» иллюзии, кратковременные эпизоды бреда, галлюцинаций (сюжет сна как бы «переплетается» с реальностью). Настоящие события воспринимаются неправильно, без должной критики, как продолжение сна. Поведение человека носит неосмысленный характер. Имеют место отдельные автоматические поступки или целостные двигательные акты, отражающие болезненные переживания. После ухода возбуждения у человека либо продолжается сон, либо наступает его пробуждение с удивлением по поводу произошедшего. Лица, перенесшие патологическое просоночное состояние, реальных событий не помнят или могут частично вспоминать образы, являвшиеся во сне.

С учётом психотического характера протекания исключительных состояний лица, совершившие общественно-опасные деяния в состоянии психоза, что подтверждается заключением специалистов судебно-психиатрической экспертизы, в итоге признаются судом невменяемыми в отношении инкриминируемых им правонарушений. Особенности судебно-психиатрической оценки при установлении у лиц исключительных состояний должно быть чёткое указание судебно-психиатрических экспертов на сочетание (а не на изолированную констатацию) признаков, образующих клиническую картину транзиторных психозов, которые позволяют работникам следствия, суда, адвокатуры судить о правомерности диагноза. Но главным при этом является доказательство существования острого помрачения сознания [5].

Таким лицам нельзя вменить в вину совершённые преступления ввиду отсутствия способности на момент противоправного деяния осознавать общественную опасность своих действий и руководить ими вследствие нарушений психики. Вопрос о применении к ним принудительных мер безопасности и лечения решается индивидуально, с учётом рекомендаций психиатров-экспертов и степени социальной опасности подэкспертного [2].

Таким образом, исключительные состояния, однажды возникнув даже у здорового человека, могут запросто перечеркнуть его личную и социальную перспективу, привести к потере близких людей, нравственной и правовой ответственности за совершённые правонарушения. Игнорирование здорового образа жизни, элементы саморазрушающего поведения создают предпосылки для возникновения исключительных состояний. В связи с этим у людей необходимо формировать потребность в ведении здорового образа жизни. Она не должна появляться лишь при заболеваниях или ухудшении самочувствия (расстройствах сна, повышении артериального давления, одышке при подъёме по лестнице, сердцебиении при незначительной физической нагрузке), а должна прививаться с детства путём правильного воспитания, рационального нормирования занятий, труда и отдыха, корректироваться в течение всей последующей жизни (учёбы, работы, проведения досуга).

Рекомендации по здоровому образу жизни должны быть индивидуальными и учитывать специфику труда и отдыха у различных профессиональных групп, пол, возраст, состояние здоровья, национальные традиции и обычаи. Пропагандой здорового образа жизни в первую очередь должны заниматься государственные деятели, руководители различного уровня и рода учреждений, воспитатели, учителя, педагоги, психологи, тренера, работники сферы спорта и туризма, медицинские работники и сотрудники

оздоровительных комплексов, экономисты. Особая роль отводится средствам массовой информации, которые формируют «массовую культуру» в связи с возможностью воздействия на большое количество людей сразу [3].

Какой пример может подать неряшливо одетый, оживший, с сигаретой или стаканом алкоголя в руке представитель одной из этих профессий или занимающий должность в иерархии государственной власти?

Основными задачами комплексной пропаганды здорового образа жизни должны стать:

- информирование о здоровом образе жизни всех групп населения;
- работа государственных органов и общественных организаций по созданию условий и мотивации населения для реализации принципов здорового образа жизни;
- вовлечение всех заинтересованных специалистов (медицинских, педагогических, физкультурных и других) в пропаганду санитарно-гигиенических знаний и воспитательную деятельность по формированию здорового образа жизни;
- формирование навыков стрессоустойчивости в виде обучения методам мышечной релаксации, точечного массажа и др.;
- организация всенародного движения за этот образ жизни (массовые старты, забеги, заплывы, кроссы; запрещение рекламы сигарет, пива, жевательных резинок, оральных противозачаточных средств);
- повышение эффективности профосмотров и диспансеризации;
- усиление борьбы с пьянством, курением, потреблением психоактивных веществ, самолечением;
- пропаганда здорового образа жизни должна включать рекламу факторов оздоровления и антирекламу факторов риска развития заболеваний, в том числе, и психических расстройств;
- выработка мотивации к здоровому образу жизни методами материального стимулирования;
- консультирование о возможности появления нарушений психики, в том числе исключительных состояний, от длительного и интенсивного воздействия негативных факторов внешней среды.

Основная цель сегодня — забота о человеке путём совершенствования стиля его жизни, укрепления потенциала здоровья, воспитания в духе позитивных ценностных социальных ориентаций, одной из которых и является здоровый образ жизни!

Выводы

1. Здоровый образ жизни является одним из элементов сохранения психического здоровья и профилактическим средством противоправной активности населения, требующий должной мотивации и ресурсного обеспечения.

2. Саморазрушающее поведение в различных его проявлениях создаёт предпосылки для возникновения исключительных состояний, особенно в условиях крайнего физического и психологического истощения, потребления алкоголя, действия экстремальных характеристик психотравмирующих социальных ситуаций.

3. Формирование здорового образа жизни является комплексной проблемой, требующей участия всех заинтересованных лиц, начиная от представителей государственной власти и заканчивая специалистами различных сфер оказания социальных услуг.

☆ В помощь войсковому врачу

Литература

1. Балабанова, Л. М. Судебная патопсихология (вопросы определения нормы и отклонений) / Л. М. Балабанова. — Донецк: Сталкер, 1998. — 432 с.

2. Жариков, Н. М. Судебная психиатрия: учебник / Н. М. Жариков, В. П. Котов, Г. В. Морозов, Д. Ф. Хритинин, — 5-е изд., перераб. и доп. — М.: Норма: ИНФРА-М, 2011. — 624 с.

3. Петров, В. И. Медицинская психология: учебное пособие / В. И. Петров. - Могилёв: изд. УО «МГУ им. А. А. Кулешова», 2009. — 276 с.

4. Руководство по судебной психиатрии / Под редакцией Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича, А. А. Ткаченко. — М.: Медицина, 2004. — 592 с.

5. Тришин, Л. С. Судебная психиатрия: учеб. Пособие / Л. С. Тришин. — Минск: Изд-во Гревцова, 2014. — 312 с.

Поступила 28.09.2016 г.