

КЛИНИЧЕСКИЙ ПАТОМОРФОЗ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ: ДИАГНОСТИКА И ПРИЧИННЫЕ ФАКТОРЫ

Клименко Т.В.^{1, 2}, Игонин А.Л.¹, Кулагина Н.Е.¹

klimenko17@mail.ru

¹ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского 119002, Москва, Кропоткинский пер., 23

² Всероссийский государственный университет юстиции 117542, Москва, ул. Азовская, 4

Статья поступила 25.07.2017

На материале 156 подэкспертных судебно-психиатрической клиники проанализированы клинико-динамические особенности алкогольного опьянения. Показано, что клинический динамический патоморфоз алкогольного опьянения определяется комплексом клинических, биологических и социальных факторов, основное значение среди которых имеет прогрессивное развитие расстройств алкогольного спектра.

Также показано, что клиническая динамика алкогольного опьянения сопровождается появлением психических расстройств более глубокого уровня поражения психической деятельности, что проявляется последовательной сменой аффективного, эмоционально-волевого и органического вариантов атипичного алкогольного опьянения.

Ключевые слова: простое и атипичное алкогольное опьянение, опьянение ПАВ, уголовно релевантное опьянение ПАВ.

В течение многих лет клинические особенности состояния опьянения психоактивными веществами (ПАВ) были предметом научного исследования судебных психиатров [1; 8; 16; 22; 24; 25; 29; 30; 31]. Это было связано с тем, что состояние опьянения алкоголем и наркотиками расценивалось законодателем как отягчающее вину обстоятельство, и его наличие и клинические особенности имели принципиальное значение при вынесении судебного решения [8]. После того как в Уголовном кодексе Российской Федерации 1996 г. (УК РФ) состояние опьянения не было включено в перечень отягчающих вину обстоятельств, оно стало юридически нейтральным условием, и интерес судебных психиатров к его исследованию существен-

Об авторах:

Клименко Татьяна Валентиновна – д-р мед. наук, профессор, директор ННЦ наркологии, филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России.

Игонин Андрей Леонидович – д-р мед. наук, профессор, руководитель отдела ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России.

Кулагина Наталья Евгеньевна – канд. мед. наук, заведующая отделением ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России.

но снизился. Однако Федеральным законом от 21.10.2013 №270-ФЗ ст. 63 УК РФ «Обстоятельства, отягчающие наказание» была расширена, и состояние опьянения вновь было внесено в перечень отягчающих вину обстоятельств [29]. Состояние опьянения ПАВ, относящееся к периоду совершения правонарушения (уголовно-релевантное опьянение), вновь приобрело юридическую значимость и актуальность в аспекте его влияния на способность правонарушителя осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Одновременно последние несколько лет было организовано несколько видов наркологического освидетельствования на установление состояния опьянения ПАВ, что также увеличивает актуальность клинического изучения состояния опьянения ПАВ.

Поскольку большинство нарушений трудового законодательства, административного и уголовного права совершаются в состоянии алкогольного опьянения [9], алкогольная интоксикация чаще всего является предметом медицинского наркологического освидетельствования и предметом ретроспективной оценки при проведении судебно-психиатрической экспертизы лиц, совершивших уголовные правонарушения в состоянии алкогольного опьянения, в аспекте способности правонарушителя осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими [7].

Традиционно в отечественной судебной психиатрии выделяется несколько клинических вариантов алкогольного опьянения: 1) типичное или простое опьянение, 2) атипичное или измененное опьянение, 3) патологическое опьянение [11; 12; 13; 14]. Два первых варианта всегда расцениваются как непсихотические состояния, а патологическое опьянение – всегда как острый психоз [10], что влечет вынесение разных экспертных решений.

Алкогольное опьянение расценивается как типичное или простое при наличии в его клинической динамике двух последовательных периодов: 1) кратковременный период стимуляции психической деятельности на фоне эйфории; 2) продолжительный период седации психической деятельности. Отмеченная фазность в динамике алкогольного опьянения связана с особенностями психофизиологических эффектов этанола, что было подтверждено энцефалографическими и патофизиологическими методами исследования [19; 26].

Алкогольное опьянение расценивается как атипичное или измененное при отсутствии двухфазной динамики состояния опьянения [19; 26] либо при наличии в его клинической структуре полиморфной психопатологической симптоматики, не типичной для простого алкогольного опьянения (эмоционально-волевые и когнитивных расстройства, различные по глубине и психопатологической картине расстройства сознания, обманы восприятия, бредовые расстройства) [3; 15; 17; 21].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клинико-психопатологическим методом обследовано 156 подэкспертных, которые находились на стационарной судебно-психиатрической экспертизе в ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России в связи с их привлечением к уголовной ответственности за совершение различных правонарушений. Основным критерием отбора было наличие состояния алкогольного опьянения в период совершения правонарушения. Из исследования исключались лица с манифестными формами эндогенных заболеваний.

Все обследованные – мужчины в возрасте от 18 до 56 лет. Средний возраст обследованных $38 \pm 0,5$ лет.

У большинства обследованных лиц была выявлена сочетанная психическая патология в виде органического психического расстройства (71; 45,5%) и расстройства зрелой личности (68; 43,6%).

Помимо сочетанной психической патологии выявлены разнообразные соматические расстройства: сердечно-сосудистая (36; 23,0%), бронхо-легочная (15; 9,6%) патология, хронические гепатиты и гепатозы (43; 27,6%).

У 83 обследованных (53,2%) диагностирована алкогольная зависимость, которая у 56 обследованных (35,9%) по своим клинико-динамическим параметрам отличалась прогрессивным течением.

Стаж злоупотребления алкоголем к периоду исследования у большинства обследованных был более 10 лет (76; 48,7%). Толерантность к алкоголю была высокой, отмечался систематический ритм употребления спиртных напитков (65; 41,7%), достоверно реже – эпизодическое употребление (10; 6,4%) употребление в форме запоев (8; 5,1%). Обычно обследованные лица употребляли дешевые вина (71; 45,5%), реже – пиво (9; 5,8%), аптечные настойки и коктейли (3; 1,9%).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Клинико-психопатологический анализ уголовно-релевантного алкогольного опьянения (за исключением патологического опьянения) у 156 подэкспертных показал, что оно проявлялось психопатологическими расстройствами широкого диапазона: аффективные (депрессивные и маниакальноподобные), эмоционально-волевые (эксплозивный, дисфорический и истерический типы), органические (когнитивные, мнестические нарушения сознания). В зависимости от особенностей психопатологической структуры алкогольного опьянения выделены его различные клинические варианты.

Депрессивная форма атипичного алкогольного опьянения (14; 9%) проявлялась пониженным фоном настроения различной глубины и клинических

оттенков. Чаще отмечался субдепрессивный аффект с переживанием грусти, легкой тревоги, пессимистичных взглядов на свою жизнь и сложившуюся ситуацию, со слезливостью, воспоминаниями о пережитых неприятных событиях из своей жизни, фиксации на собственном плохом самочувствии. Они ощущали свою недостаточность и неумелость, были недовольны своей жизнью и происходящими событиями, сожалели по поводу совершенных в прошлом проступков, испытывали чувство жалости к себе, жаловались на свою судьбу, на родных, на «разбитую жизнь». При углублении депрессивных расстройств отмечалось чувство безысходности, безвыходности, идеи самообвинения, самоупреки, суицидные мысли и попытки [18].

Маниакальноподобная форма атипичного алкогольного опьянения (17; 10,9%) проявлялась повышенным фоном настроения, безудержным весельем, неуместными шутками и смехом, беспечностью, беззаботным весельем и благодушием, нелепой переоценкой своих способностей. Опьяневшие были повышенно подвижны и отвлекаемы, совершали «озорные» поступки. В поведении отмечались элементы гневливости, кратковременные вспышки раздражения, назойливые приставания. В таком состоянии совершались глупые и авантюрные поступки, о совершении большинства которых по окончании состояния опьянения сожалели.

При **эксплозивной (возбудимой) форме** алкогольного опьянения (24; 15,4%) отмечалась повышенная возбудимость, двигательная расторможенность, конфликтность, которые первоначально были связаны с внешними факторами, но по мере углубления алкогольной интоксикации становились внешне немотивированными и неадекватными, принимали брутальный характер, в том числе с нанесением окружающим физических травм и увечий.

Истерическая форма атипичного алкогольного опьянения (16; 10,3%) проявлялась демонстративностью поведения, театральной и гротескной мимикой и моторикой, наигранным аффектом со склонностью к декламациям, позёрству, стремлением к преувеличению своих способностей, хвастовством, позёрством, самовосхвалением, заносчивой конфликтностью, куражом и бахвальством, деланным, искусственным хохотом или, наоборот, самоупреками, наигранным самоуничижением, самобичеванием, выражением раскаяния, рыданиями. Реже истерическое поведение проявлялось слезливостью, жалобами на невнимание к себе со стороны близких лиц, двигательным беспокойством вплоть до ажитации. В единичных случаях отмечались истерические стигмы в виде локальных двигательных или соматических расстройств, тремора рук и головы, тикоподобных сокращений мышц лица, расстройства походки («астазия-абазия»), заикания, позывов на рвоту, спазма мышц в глотке с ощущением кома в горле, чувства удушья, снижения зрения или слуха.

При **дисфорическом варианте атипичного алкогольного опьянения** (36; 23,0%) клиническая картина опьянения манифестировала мрачно-тоскливым настроением, в течение всего периода алкогольной интоксикации наблюдалась стойкая аффективная напряженность, недовольство окружающим, угрюмость, придирчивость, язвительность, задиристость, неприязнь или злоба, внешне неадекватная и безмотивная конфликтность и гневливость, возникающие по малозначительному поводу. Опьяневшие активно искали повода для ссор и конфликтов. Они фиксировались на обсуждении тем, неприятных для присутствующих, были мелочными, назойливо напоминали присутствующим о нанесенных им в прошлом обидах. Обнаруживалось стремление оскорблять присутствующих, особенно зависимых от них или тех, кто не мог дать им отпор. Чувство неприязни и злобы распространялось на всех окружающих, на все, что видел и слышал опьяневший. Тоскливо-злой аффект сопровождался переживанием соматического дискомфорта и гиперестезией. Дисфорический фон настроения наблюдался на фоне всего периода алкогольной интоксикации и в последующем в течение нескольких часов или даже дней после окончания алкогольного опьянения.

При **алкогольном опьянении с когнитивными расстройствами** (22; 14,1%) на фоне формальной сохранности всех видов ориентировки отмечалось обеднение психической деятельности — замедленное мышление, бедность и скудность ассоциаций, примитивность и бедность суждений, неспособность выполнять более или менее сложные задания и действия, требующие каких-либо интеллектуальных усилий. Даже при слабо выраженных физических признаках алкогольной интоксикации опьяневшие не концентрировали своего внимания, не могли оперировать отвлеченными понятиями, отделять главное от второстепенного, охватить всю ситуацию в целом, осознавая только ее отдельные явления и действия. Это влияло на недостаточность осмысления окружающей ситуации, не критичность ее восприятия. Было характерно значительное ослабление регулирующих, тормозящих и контролирующих психических механизмов, что снижало способность опьяневшего руководить и управлять своими действиями. После вытрезвления ассоциативные функции восстанавливались до прежнего уровня [25]. Происходящие в период острой алкогольной интоксикации события обычно выпадали из памяти после вытрезвления. При этом амнезия распространялась как на все события периода опьянения, так и на большую их часть при сохранении в памяти лишь фрагментов происходящего.

При **атипичном алкогольном опьянении с нарушением побуждений** (18; 11,5%) отмечалась повышенная активность сферы побуждений на фоне развившегося уже на начальных этапах алкогольной интоксикации приподнятого фона

настроения с повышенной психомоторной активностью: 1) расторможенное сексуальное поведение, что проявлялось никогда не наблюдавшимися в трезвой жизни грубыми сексуальными домогательствами по отношению к жене или другим женщинам, вплоть до попыток их изнасилования, либо актуализацией скрытых расстройств половой идентификации (гомосексуальные тенденции, эксгибиционизм); 2) открытое завладение понравившейся вещи; 3) внезапная покупка ненужных вещей, о чем сожалели и недоумевали после вытрезвления; 4) разгульно-веселое времяпровождение. Все эти поступки отмечались только в состоянии алкогольного опьянения с моторным беспокойством, потребностью к движению, невозможностью оставаться в бездействии или на одном месте. Одновременно отмечалось рече-двигательное возбуждение. Считается, что данная форма атипичного алкогольного опьянения отражает скрытые личностные характеристики индивидуума. Кроме того, описаны аналогичные формы опьянения, сопровождающиеся измененным сознанием, нарушениями восприятия окружающей действительности и расстройствами ассоциативного процесса.

Типичная для простого алкогольного опьянения двухфазная динамика алкогольной интоксикации, когда после непродолжительного периода эйфории развивался продолжительный период седации с постепенным угнетением психической деятельности, была выявлена у 11 обследованных лиц. Во всех остальных случаях (145; 92,9%) в результате алкогольной интоксикации формировалась атипичная клиническая картина алкогольного опьянения без характерной для простого алкогольного опьянения двухфазной динамики и с наличием разнообразных психических расстройств в их клинической структуре. Были выделены следующие клинические варианты атипичного опьянения: депрессивный (14; 9%), маниакальноподобный (17; 10,9%), истерический (16; 10,3%), эксплозивный (24; 15,4%), дисфорический (36; 23,0%), с когнитивными нарушениями (22; 14,1%), с расстройством влечений (18; 11,5%). Высокая доля лиц с атипичными формами алкогольного опьянения среди подэкспертных судебно-психиатрической клиники объясняется тем, что именно атипичные формы опьянения считаются фактором, провоцирующим совершение агрессивных, в том числе противоправных действий [2; 6; 9; 20; 32]. Отсутствие иных клинических вариантов атипичного алкогольного опьянения, которые нередко наблюдаются в общей клинической наркологической практике (астенический, с нарастающим оглушением вплоть до комы) в судебно-психиатрической практике практически отсутствуют, поскольку в судебно-психиатрическом аспекте являются достаточно интактными.

Сравнительный клинико-динамический анализ выделенных клинических вариантов алкогольного опьянения показал, что они являются по-

следовательными этапами синдромакинеза алкогольной интоксикации в рамках формирования наркологических алкогольных расстройств. По мере прогрессивной динамики алкогольных расстройств от эпизодического и пагубного употребления алкоголя до алкогольной зависимости в клинической картине алкогольного опьянения наблюдалось формирование психопатологических расстройств более глубокого уровня поражения психической деятельности [27] от астенических и эмоционально-волевых нарушений до когнитивных расстройств и нарушений сознания: 1) простое или типичное → 2) аффективный вариант депрессивного или маниакальноподобного типа → 3) эмоционально-неустойчивый вариант по эксплозивному, дисфорическому или истерическому типу → 4) органический вариант по типу когнитивных нарушений, с расстройством побуждений или с помрачением сознания по типу оглушения.

Помимо алкогольной болезни на клинико-динамические параметры уголовно-релевантного алкогольного опьянения влияло огромное число других факторов: конституционально-биологические, в том числе экзогенно-органического генеза и особенности характерологической структуры личности, наличие и особенности сочетанной соматической и психической патологии, количество, продолжительность и качество употребляемого алкоголя. Также на формирование клиники алкогольного опьянения влияли разнообразные макро- и микросоциальные факторы. Многомерное взаимодействие всех этих биологических, психологических, клинических и социальных факторов влияло на клинико-динамические параметры уголовно-релевантного алкогольного опьянения.

В судебной психиатрии многообразие патогенетических и патокинетических коморбидных факторов, определяющих клинический динамический патоморфоз алкогольного опьянения, обычно разделяют на факторы так называемой постоянной и временной «почвы». К факторам постоянной «почвы» относят расстройство личности, органическое психическое расстройство, наличие алкогольной зависимости, к факторам временной «почвы» — разного рода психогении, психофизическое переутомление, острые вирусные и иные инфекционные заболевания [4; 5; 10; 23; 28].

Преморбидные и морбидные характерологические особенности личности оказывают влияние на формирование эмоционально-неустойчивого клинического варианта алкогольного опьянения. При условно гармоничной структуре личности повышается вероятность формирования типичного (простого) варианта алкогольного опьянения. При патохарактерологической структуре преморбидной и морбидной личности по гетерономному и чаще — по гомономному механизму осуществлялось влияние на формиро-

вание однотипной структуры состояния опьянения (эксплозивного, дисфорического или истерического).

При наличии коморбидной органической патологии увеличивалась вероятность формирования алкогольного опьянения по органическому типу – вариант с когнитивными расстройствами или с расстройством влечений.

При биполярном коморбидном расстройстве наблюдалось формирование, как правило, по гомономному механизму атипичного алкогольного опьянения по аффективному типу – депрессивный и маниакальноподобный варианты.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Клиническая структура алкогольного опьянения отличается широким спектром психопатологических расстройств от астенических, аффективных и эмоционально-волевых до когнитивных и нарушений сознания по типу оглушения.

По мере прогрессивного развития психических расстройств алкогольного спектра наблюдается формирование психических расстройств более глубокого уровня поражения психической деятельности. Это проявляется клиническим динамическим патоморфозом психопатологической структуры алкогольного опьянения от состояния опьянения по аффективному (депрессивный и маниакальноподобный варианты) и эмоционально-волевому (эксплозивный, дисфорический и истерический варианты) типу до алкогольного опьянения органического типа (с когнитивными нарушениями и с расстройством влечений).

Клинический динамический патоморфоз психопатологической структуры состояния алкогольного опьянения определяется комплексом факторов постоянной и временной «почвы», основным из которых является прогрессивная динамика психических расстройств алкогольного спектра от эпизодического и пагубного употребления алкоголя до алкогольной зависимости.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Альтшулер В.Б.* Острая алкогольная интоксикация. // Руководство по наркологии / под ред. Н.Н. Иванца. – Т. 1. – Гл. 13. – М.: Медпрактика-М, 2002.
2. *Андрюченко Ю.В.* В поисках объяснения роста преступности в России в переходный период: криминометрический подход. // Экономический журнал ВШЭ. – 2001. – №5(2). – С. 194–220.

3. *Бохан Н.А., Семке В.А.* Клиническая типология осложненных форм опьянения при ассоциированных формах алкоголизма. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 1997. — №4. — С. 39–43.
4. *Бурно М.Е.* О личностях, особенно предрасположенных к алкоголизму : автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1969. — 30 с.
5. *Гордова Т.Н., Докучаева О.Н. Муравьева Г.Н., Мелик-Мкртычан В.А.* Некоторые особенности состояний опьянения у лиц, перенесших черепно-мозговые травмы. // Проблемы судебной психиатрии. Вып. 9. — М., 1961. — С. 324–354.
6. *Дмитриева Т.Б.* Наркологическая ситуация в России и пути ее улучшения (медицинский аспект). // Медицинские и социально-психологические проблемы алкогольной и наркотической зависимости. — Витебск, 2002. — С. 16–19.
7. *Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В., Кулагина Н.Е., Тузикова Ю.Б.* Острая интоксикация психоактивными веществами в общей и судебно-психиатрической практике: клинический обзор. — М., 1997. — 77 с.
8. *Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В., Пищикова Л.Е., Кулагина Н.Е.* Злоупотребление психоактивными веществами (общая и судебно-психиатрическая практика). — М., 2000. — 300 с.
9. *Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В., Пищикова Л.Е., Кулагина Н.Е.* Злоупотребление ПАВ (клинические и правовые аспекты) — М.: Инфокоррекция, 2003. — 317 с.
10. *Доброгаева М.С.* Кратковременные расстройства психической деятельности (исключительные состояния) в судебно-психиатрической практике : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1989. — 44 с.
11. *Затуловский М.И.* Судебно-психиатрическая оценка состояний опьянения. // Проблемы судебной психиатрии. — Сб. 5. — М., 1946. — С. 90–125.
12. *Зеренин А.Г., Воронцов А.Л., Кан Ю.Е., Супиталев В.П.* Экспертная оценка алкогольной интоксикации, сочетающейся с острой черепно-мозговой травмой. // Проблемы алкоголизма. — М., 1986. — С. 145–152.
13. *Зеренин А.Г., Мостовой С.М.* Пособие для врачей психиатров-наркологов и врачей общей практики по вопросам медицинского освидетельствования на состояние опьянения. — М.: ННЦ наркологии, 2007. — 209 с.
14. *Иванец Н.Н., Анохина И.П., Винникова М.А.* Наркология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 720 с.
15. *Качаев А.К.* К клинике и дифференциальной диагностике сложных форм простого алкогольного опьянения. // Судебно-психиатрическая экспертиза. Вопросы алкоголизма : сб. науч. тр. №32 / под ред. Г.В. Морозова. — М., 1979. — С. 3–12.

16. *Качаев А.К.* Судебно-психиатрическая экспертиза простого алкогольного опьянения и патологического опьянения. // Руководство для врачей / под ред. Г.В. Морозова – 2-е изд. перераб. и доп. – М.: Медицина, 1988. – С. 211–221.
17. *Клименко Т.В., Козлов А.А., Романов А.А.* Синдромокинез алкогольной интоксикации. // Клиническая и социальная психиатрия. – 2014. – Т. 24. – №4. – С. 26–30.
18. Клинические и организационные вопросы наркологии / под ред. Е.А. Кошкиной. – М.: Гениус, 2011.
19. *Костандов Э.А., Арзуманов Ю.Л., Рещикова Т.Н., Шостакович Г.С.* Изменение функции коры больших полушарий под влиянием алкоголя. // Биологические основы алкоголизма / под ред. Г.В. Морозова. – М., 1984. – С. 111–123.
20. *Проскуракова Т.В., Нужный В.П., Рожанец В.В.* Фармакология и токсикология психоактивных веществ. // Наркология. Национальное руководство / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 134–174.
21. *Миневич Н.А., Балашов П.П.* Особенности реабилитации осужденных с нервно-психическими расстройствами. // Серийные убийства и социальная агрессия: что ожидает нас в XXI веке? Медицинские аспекты социальной агрессии : материалы 3-й Международной научной конференции. – Ростов н/Д., 2001. – С. 339–341.
22. *Могош Г.* Острые отравления. – Бухарест, 1984.
23. *Морозов Г.В.* Клиника алкогольного опьянения. // Алкоголизм: руководство для врачей / под ред. Г.В. Морозова, В.Е. Рожнова, Э.А. Бабаяна. – М.: Медицина, 1983. – С. 30–47.
24. *Олифиренко Н.Ю.* Атипичные формы острой алкогольной интоксикации у лиц с органическим психическим расстройством (клиника, диагностика, судебно-психиатрическое значение) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002. – 24 с.
25. *Печерникова Т.П., Доброгаева М.С.* Современное состояние вопроса о патологическом опьянении. // Актуальные вопросы наркологии. – Кишинев: Штица, 1986. – С. 131–132.
26. *Пищиков Л.Е., Игонин А.Л., Кулагина Н.Е.* Состояние алкогольного опьянения у лиц позднего возраста и его судебно-психиатрическая оценка. // Наркология. – №1. – 2012. – С. 59–69.
27. *Снежневский А.В.* Руководство по психиатрии / под ред. А.В. Снежневского. – Т. 1. – М., 1983.

28. *Турова З.Г.* Состояние опьянения в клинике хронического алкоголизма. // Тезисы докладов 3-й Всерос. съезда невропатологов и психиатров. – Т. 3. – М., 1974. – С. 291–293.
29. Федеральный закон «О внесении изменения в ст. 63 Уголовного кодекса Российской Федерации» от 21.10.2013 N 270-ФЗ [Электронный ресурс] : справочно-правовая система «КонсультантПлюс».
30. *Шумский Н.Г.* Алкоголизм и черепно-мозговая травма (клинический аспект). // Вопросы клиники и лечения алкоголизма : сб. науч. тр. / под ред. Г.В. Морозова. – М., 1980. – С. 83–90.
31. *Шукин Б.П.* Клиника, дифференциальная диагностика и судебно-психиатрическая оценка простого алкогольного опьянения у лиц, перенесших черепно-мозговые травмы : дис. ... канд. мед. наук. – М., 1974. – 183 с.
32. *Энтин Г.М., Гофман А.Г., Музыченко А.П., Крылов Е.Н.* Алкогольная и наркотическая зависимость : практическое руководство для врачей. – М.: Медпрактика-М., 2002. – 328 с.

CLINICAL PATHOMORPHOSIS OF ALCOHOL INTOXICATION: DIAGNOSIS AND CAUSAL FACTORS

Klimenko T.V.^{1,2}, Igonin A.L.¹, Kulagina N.E.¹

¹ V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology
23, Kropotkinsky per., Moscow, 119034, Russia

² All-Russian State University of Justice
2/1, Azovskaya st., Moscow, 117638, Russia

Clinical and dynamic features of alcohol intoxication were analyzed using data from 156 patients undergoing forensic examination in a forensic psychiatric clinic. It was shown that clinical dynamic pathomorphosis of alcohol intoxication is determined by a complex of clinical, biological and social factors, among which of major importance is the progredient development of alcohol spectrum disorders. It was also shown that the clinical dynamics of alcohol intoxication is accompanied by an appearance of mental disorders typical for a deeper level of psychic activity damage, which is manifested by a sequential shift from affective to emotional-volitional and organic forms of atypical alcohol intoxication.

Keywords: *simple and atypical alcohol intoxication, psychoactive substance intoxication, criminally relevant substance intoxication.*