Физиологический и патологический аффекты

Физиологический аффект следует отличать от патологического аффекта - болезненного нервно-психического перевозбуждения, связанного с полным помрачением сознания и парализацией воли.

Приведем схему различительных признаков физиологического и патологического аффектов:

|  |
| --- |
|  |
| Физиологический аффект | Патологический аффект |
| 1. Высшая интенсивность возбуждения | 1. Сверхинтенсивность перевозбуждения |
| 2. Соответствие вызвавшей причине | 2. Несоответствие вызвавшей причине |
| 3. Значительная дезорганизация сознания("сужение" сознания") | 3. Полная дезорганизация сознания, умопомрачение |
| 4. Несдержанность в действиях | 4. Полная потеря способности отдавать отчет в своих действиях |
| 5. Несвязанность ассоциативных идей, доминирование одного представления | 5. Бессвязное хаотическое сочетание идей |
| 6. Сохранение отдельных воспоминаний | 6. Амнезия |

Патологический аффект - это болезненное состояние психогенного происхождения, возникающее у практически психически здорового человека. Патологический аффект понимается психиатрами как острая реакция в ответ на психотравмирующее воздействие, на высоте развития которой имеет место нарушение сознания по типу аффективного сумеречного состояния. Аффективная реакция такого типа характеризуется остротой, яркостью выражения и трехфазностью течения: подготовительной, фазой взрыва, заключительной.

Первая фаза (подготовительная) - включает в себя личностную переработку психогении, возникновение и нарастание аффективного напряжения. Острая психогения может сокращать эту фазу до нескольких секунд, резко ускоряя возникновение аффекта. Длительная психотравмирующая ситуация удлиняет нарастание аффективного напряжения, на фоне которого психогенный повод по механизму «последней капли» может вызвать наступление острой аффективной реакции. У психически здоровых лиц для возникновения аффективной реакции в одинаковой степени имеют значение как острые, так и протрагированные психогении. Важнейшим условием, способствующим возникновению аффективной реакции, является наличие конфликтной ситуации, чувство физического или психического препятствия к осуществлению своих планов, намерений. Острая психогения может представлять собой неожиданный, сильный, субъективно значимый раздражитель (внезапное нападение, грубое оскорбление достоинства личности и др.). Фактор внезапности, «чрезвычайность» психогении для личности имеют решающее значение. При протрагированных психогениях, связанных с длительной психотравмирующей ситуацией, стойкими неприязненными отношениями с потерпевшим, длительными систематическими унижениями и издевательствами, повторениями ситуаций, вызывающих аффективную напряженность, острая аффективная реакция возникает в результате постепенного накопления аффективных переживаний. Психическое состояние подэкспертных, предшествующее поводу, вызвавшему аффективную реакцию, характеризуется обычно сниженным настроением, неврастенической симптоматикой, появлением доминирующих идей, тесно связанных с психогенно-травмирующей ситуацией и неоднократными, но безуспешными попытками ее разрешения. Факторами, способствующими облегчению возникновения аффективной реакции, являются переутомление, вынужденная бессонница, соматическая ослабленность и т.д. Под влиянием психогенного раздражителя, исходящего от непосредственного обидчика и внешне кажущегося малозначительным, внезапно, как для самого, так и для окружающих, может возникнуть реакция с агрессивными действиями, направленными против потерпевшего. Во второй фазе патологического аффекта возникает кратковременное психотическое состояние, аффективная реакция приобретает качественно иной характер. Психотическая симптоматика, свойственная патологическому аффекту, характеризуется незавершенностью, малой выраженностью, отсутствием связи между отдельными психопатологическими феноменами. Она определяется, как правило, кратковременными расстройствами восприятия в виде гипоакузий (звуки отдаляются), гиперакузий (звуки воспринимаются как очень громкие), иллюзорных восприятий. Отдельные расстройства восприятия могут быть квалифицированы как аффективные функциональные галлюцинации. Значительно более целостно бывает представлена клиника психосенсорных расстройств, нарушений схемы тела (голова стала большой, руки длинными), состояния острого страха и растерянности. Бредовые переживания носят нестойкий характер, и их содержание может отражать реальную конфликтную ситуацию.

Ко второй группе симптомов относятся экспрессивные характеристики и вазо-вегетативные реакции, свойственные аффективному напряжению и взрыву, изменения моторики в виде двигательных стереотипии, постаффективные астенические явления с амнезией содеянного, а также субъективная внезапность изменения состояния при переходе от первой ко второй фазе аффективной реакции, особая жестокость агрессии, несоответствие ее по содержанию и силе поводу возникновения (при протрагированных психогениях), а также несоответствие ведущим мотивам, ценностным ориентациям, установкам личности. Моторные действия при патологическом аффекте продолжаются и после того, как жертва перестает подавать признаки сопротивления или жизни, без какой-либо обратной связи с ситуацией. Эти действия носят характер немотивированных автоматических моторных разрядов с признаками двигательных стереотипии. О нарушении сознания и патологическом характере аффекта свидетельствуют также чрезвычайно резкий переход интенсивного двигательного возбуждения, свойственного второй фазе, в психомоторную заторможенность.

Третья фаза (заключительная) характеризуется отсутствием каких-либо реакций на содеянное, невозможностью контакта, терминальным сном или болезненной прострацией, представляющей собой одну из форм оглушения. При дифференциальной диагностике патологического и физиологического аффектов необходимо учитывать, что, представляя собой качественно разные состояния, они имеют ряд общих признаков.

К общим для физиологического и патологического аффектов признакам относятся: кратковременность, острота, яркость выражения, связь с внешним психотравмирующим поводом, трехфазность течения; характерные экспрессивные, вазовегетативные проявления, свидетельствующие о выраженном аффективном возбуждении, взрывном характере реакции во второй фазе, истощение физических и психических сил, частичная амнезия - в заключительной фазе.

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

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

Физиологический аффект рассматривается, «как не выходящее за пределы нормы эмоциональное состояние, представляет собой кратковременную, стремительно и бурно протекающую эмоциональную реакцию взрывного характера, сопровождающуюся резкими, но не психотическими, изменениями психической деятельности, в том числе и сознания, выраженными вегетативными и двигательными проявлениями… Физиологический аффект - чрезвычайная для личности реакция, возникающая в ответ на исключительные обстоятельства». Подчёркивается трёхфазное течение физиологического аффекта, взрывной характер аффективной реакции с неожиданным для самого субъекта возникновением на фоне аффективного напряжения бурной эмоциональной вспышки. Луппьянов Я. А. Барьеры общения, конфликты, стрессы. Мн: Высшая школа, 2002

При физиологическом аффекте происходит характерное изменение психической деятельности в виде фрагментарности восприятия, сужения и концентрации сознания на психотравмирующем объекте, признаки импульсивности и стереотипий в действиях, дереализации окружающего, резкое снижение интеллектуального и волевого контроля поведения с нарушением способности к прогнозу, характерные вазовегетативные проявления и моторные нарушения, особая жестокость агрессии, несоответствие её по содержанию и силе поводу возникновения. Основным критерием, разграничивающим патологический и физиологический аффект, считаются признаки психогенно обусловленного сумеречного состояния сознания.

Существующие определения физиологического аффекта позволяют выделить характерные для него признаки: а) чрезвычайность реакции для личности; б) фазность протекания, близкая к патологическому аффекту; в) объективная и субъективно ощущаемая внезапность возникновения (неожиданность для субъекта); г) дезорганизация сознания (сужение) с нарушением целостности восприятия, способности регулировать свои действия, их известной автоматизацией; д) несоответствие характера и результата этих действий вызвавшей причине, т. е. их неадекватность; е) связь действий и аффективных переживаний с психотравмирующим фактором; ж) внезапность выхода через психическое истощение; з) частичная амнезия произошедшего. Аффективные состояния могут проявляться в различных формах. 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. 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. эмоция стресс аффект фрустрация.