

# Состояние алкогольного опьянения у лиц позднего возраста и его судебно-психиатрическая оценка

- ПИЩИКОВА Л.Е.** к.м.н., руководитель научной группы геронтопсихиатрических исследований  
ФГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития России; e-mail: agape101@yandex.ru
- ИГОНИН А.Л.** д.м.н., профессор, руководитель отдела судебно-психиатрических проблем наркоманий и алкоголизма  
ФГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития России
- КУЛАГИНА Н.Е.** к.м.н., зав. отделением терапии больных наркоманиями и алкоголизмом  
ФГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития России

*Дан анализ клинических вариантов острой алкогольной интоксикации, факторов постоянной и временной почвы её формирования. Описаны особенности состояния алкогольной интоксикации у лиц позднего возраста. Акцентировано внимание на специфике судебно-психиатрической оценки этих состояний в юридически значимых ситуациях в уголовном и гражданском процессах, в том числе у пожилых подэкспертных.*

*Ключевые слова: состояние алкогольного опьянения, судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ), юридически релевантные психические расстройства, лица пожилого и старческого возраста, личностные, когнитивные расстройства, деменции*

### Введение

**В** России, как и во всём мире, лица в возрасте 60 лет и старше составляют самую быстрорастущую группу населения. С 1959 по 1990 гг. её численность удвоилась, а доля в структуре населения увеличилась до 16%. Ожидается, что к 2015 г. она возрастёт до 20%, а к 2031 г. — до 29%. На 1000 чел. трудоспособного возраста будет приходиться 530 пожилых людей. Эти демографические тенденции определяются не столько увеличением продолжительности жизни, сколько сокращением рождаемости и ростом показателей смертности, особенно среди трудоспособного населения. Также отмечается уменьшение продолжительности «здоровой жизни» — так называемый патологический тип старения, обусловленный накоплением в группе пожилых людей специфической полиорганный, в том числе неврологической и психической, патологии.

Эта тенденция находит своё отражение и в судебно-психиатрической практике, где отмечается рост числа СПЭ, проводимых в отношении пожилых. В 2009 г. в ГНЦССП им. В.П. Сербского в отношении лиц в возрасте 60 лет и старше по уголовным и гражданским делам была проведена 591 экспертиза, что составило почти четверть (22,7%) от всех СПЭ. Среди них значительную часть составляют экспертизы, связанные с определением психического состояния пожилых подэкспертных, совершивших юридически значимые действия в состоянии острой алкогольной интоксикации. В уголовном процессе это тяжёлые общественно-опасные действия (ООД), направленные против жизни и здоровья лиц из ближайшего окруже-

ния (убийства, нанесение тяжких телесных повреждений), в гражданском процессе — различные гражданско-правовые акты (договора купли-продажи, дарения, ренты, завещание имущества).

Значение алкогольной интоксикации у пожилых подэкспертных в различных юридически значимых ситуациях исследовались В.П. Беловым, В.В. Вандышем, Ю.Д. Криворучко, Т.П. Печерниковой, Е.М. Холодковской [2, 3, 10—12]. Отмечалась ведущая роль алкогольного опьянения при совершении противоправных действий пожилыми и высокий процент совершаемых ими ООД, направленных против жизни и здоровья граждан. Т.П. Печерниковой исследовалась возможность декомпенсации психического состояния у пожилых в психотравмирующей ситуации под влиянием приёма алкоголя с усилением собственных им аффективных, интеллектуально-мнестических расстройств и возникновением кратковременных психотических состояний с нарушениями сознания (онейроидные, делириозные, сумеречные) [11]. Ю.Д. Криворучко наблюдал у лиц старшего возраста, проходящих СПЭ, органическое поражение головного мозга сложного генеза, которое в 35% случаев сочеталось с хроническим алкоголизмом [10]. В.В. Вандышем, Т.Г. Нью было выявлено, что в 70% случаев совершение пожилыми подэкспертными ООД происходило в состоянии алкогольного опьянения в отношении лиц из ближайшего окружения [3]. В своих исследованиях Е.М. Холодковская констатировала, что у пожилых подэкспертных с хроническим алкоголизмом в гражданском процессе преобладали эмоциональное огрубение, аморальное поведение

## ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА

ние, эгоизм, в то время как интеллектуальные способности страдали значительно меньше, в связи с чем они были способны неплохо учитывать ситуацию и активно защищать свои интересы и в большинстве своём сохраняли делкоспособность [12].

В связи с наблюдающейся у пожилых людей полиморбидностью психической патологии с сочетанием патопластических факторов различных модальностей (органическое поражение головного мозга, синдром зависимости от алкоголя, алкогольная интоксикация, личностные и эмоционально-волевые расстройства, реактивная и симптоматическая лабильность, когнитивное снижение) её судебно-психиатрическая оценка остаётся непростой задачей. Диагностические трудности вызывает отграничение атипичных форм простого алкогольного опьянения от патологического опьянения или других временных психических расстройств, часто наблюдающихся в структуре алкоголизма у пожилых. Большие сложности связаны с экспертной оценкой и определением степени выраженности личностных, эмоционально-волевых, когнитивных расстройств, которые могут углубляться в состоянии алкогольной интоксикации.

Для определения критериев диагностики и судебно-психиатрической оценки состояния алкогольного опьянения у пожилых подэкспертных необходимы понимание самой дефиниции алкогольного опьянения и знание его различных клинических вариантов.

### Клинические варианты состояния алкогольного опьянения (острой алкогольной интоксикации)

Острую интоксикацию психоактивными веществами МКБ-10 определяет в форме расстройств сознания, когнитивных функций, восприятия, эмоций и поведения. Указанная патология не должна выходить за рамки одного опьянения и превышать 48 ч (табл. 1).

С помощью пятого знака кодируются различные клинические варианты острой интоксикации:

- 0 — неосложнённое опьянение;
- 1 — комбинация острой интоксикации с травмой или другими телесными повреждениями (имеется в виду, что причиной обращения за медицинской помощью стало именно опьянение, а не травма или иные телесные повреждения);
- 2 — различные медицинские осложнения острой интоксикации (рвота кровью, аспирация рвотных масс и др.);
- 3, 4 — психические нарушения в опьянении, достигающие психотического уровня, но не выходящие из рамок одного опьянения (длящиеся не более 48 ч), в противном случае эта патология относится к рубрике *Делирий* (F1X.4) или *Психотическое расстройство* (F1X.5);
- 5 — острая интоксикация с комой, развивающейся, как правило, при передозировке алкоголя;
- 6 — судорожный синдром, возникающий в рамках опьянения при употреблении спиртных напитков и в особенности алкогольных суррогатов;
- 7 — патологическое опьянение (только для алкоголя).

Рубрикация по шестому знаку используется только при алкогольной интоксикации, пятый знак при этом не имеет значения.

Различные варианты острой интоксикации алкоголем подробно описаны в отечественной литературе В.Б. Алтшуллером, Т.Б. Дмитриевой, А.Л. Игониным Т.В. Клименко, а также рядом других авторов [1, 4—8].

Подходы к диагностической оценке острой алкогольной интоксикации в МКБ-10 и отечественных классификациях разнятся. Так, в судебно-психиатрической литературе выделяются простая и патологическая формы острой интоксикации алкоголем. В свою очередь, простое алкогольное опьянение подразделяется на типичное и атипичное (изменённое). В МКБ-10 понятие простой формы интоксикации алкоголем с её разделением на типичный и атипичный варианты отсутствует, при этом выделяется, как было отмечено выше, патологическое опьянение.

По особенностям непосредственного влияния на психическое состояние человека алкоголь относят к

Таблица 1

Кодировка различных состояний, возникающих в структуре острой интоксикации ПАВ (МКБ-10)  
Порядковые номера знаков:

Четвёртый	Пятый	Шестой
F1X.0 Острая интоксикация: расстройства сознания, когнитивных функций, восприятия, эмоций, поведения. Длительность — не более 48 ч	Острая интоксикация F1X.00 неосложнённая F1X.01 с травмой F1X.02 с другими медицинскими осложнениями F1X.03 с делирием F1X.04 с нарушениями восприятия F1X.05 с комой F1X.06 с судорогами F1X.07 в форме патологического опьянения (только алкоголь)	Степень опьянения (только алкоголь): F10.0X1 лёгкая F10.0X2 средняя F10.0X3 тяжёлая

веществам преимущественно угнетающего действия, хотя он прямо и не включён в группу седатиков, по терминологии МКБ-10. Имеется в виду, что седативный эффект у алкоголя преобладает над другими компонентами действия, в частности над стимулирующим и эйфоризирующим. В случае *типичного варианта простого алкогольного опьянения* его влияние на психику является двухфазным: вначале проявляются стимуляция психики и эйфория, а затем — седация и, в части случаев, угнетение настроения. Двухфазное действие этанола (как и седатиков в собственном смысле этого слова) подтверждено энцефалографическими, патофизиологическими и другими лабораторными методами исследования [9].

При *атипичном варианте простого алкогольного опьянения* начальный эйфорический период отсутствует. Также может отсутствовать и повышение активности, вместо этого на протяжении всего опьянения доминирует выраженная седация.

В зависимости от характера психопатологических проявлений в структуре простого алкогольного опьянения выделяются различные *клинические варианты*.

Одним из часто встречающихся разновидностей является *депрессивный вариант*. В случаях *типичного опьянения* доминируют различные оттенки пониженного настроения с грустью, печалью, пессимизмом, фиксацией на неприятностях и плохом самочувствии. Опьяневшие ощущают свою недостаточность, недовольны происходящим, сожалеют по поводу со-

вершённых проступков. Иногда это сопровождается заторможенностью, малоразговорчивостью, но чаще — демонстративностью, экспрессивной манерой изложения своих жалоб, слезливостью, двигательным беспокойством, вплоть до ажитации.

При *депрессивном варианте* атипичного алкогольного опьянения в относительно редких случаях депрессивные расстройства принимают крайне острый характер и сопровождаются непереносимым чувством тоски, тяжёлым ощущением безнадежности и бессмысленности своего существования, тревогой, пребыванием в одной позе или, наоборот, психомоторным возбуждением. В таких состояниях возможно совершение суицидов.

*Маниакальноподобный вариант* встречается только при атипичной алкогольной интоксикации. В клинической картине такого опьянения может отмечаться выраженная эйфория, для которой характерно чрезмерное повышение настроения, безудержный оптимизм, беззаботное веселье, грубая переоценка своих сил и возможностей, неуместные смех и шутки, отвлекаемость, резкие переходы от одного занятия к другому, сексуальная расторможенность, совершение таких авантюрных поступков, о которых опьяневшие после вытрезвления сожалеют. На этом фоне могут проявляться дурашливость или гневливость.

При *возбудимом, эксплозивном варианте алкогольного опьянения* отмечаются столь же характерные для острой алкогольной интоксикации феномены,

Таблица 2

Критерии клинической дифференциации между типичным и атипичным алкогольным опьянением

Психопатологические и прочие феномены	Простое алкогольное опьянение	
	Типичное	Атипичное
Колебания настроения	Вначале умеренное повышение настроения, затем — возможное его понижение	Возникают как острые депрессивные эпизоды, так и маниакальноподобные состояния
Возбудимость, раздражительность	Могут проявляться лишь в лёгкой степени на высоте опьянения	Возможны в резко выраженной форме. Не исключены агрессивные действия
Дисфорические расстройства	Не характерны	Иногда возникают
Истерические нарушения	Не исключена демонстративность на высоте опьянения	Могут быть грубые истерические расстройства поведения
Паранойальные расстройства	Не характерны	Иногда проявляются
Нарушения побуждений	Вначале умеренное повышение, затем снижение активности и побуждений	Резкие перепады активности. Импульсивные действия
Расстройства сознания	Наблюдаются только при тяжёлом опьянении	Возможны даже в опьянении средней и лёгкой выраженности
Когнитивные нарушения	Возникают только при тяжёлом опьянении	Могут быть даже в опьянении средней и лёгкой выраженности
Амнестические расстройства	Распространяются только на тяжёлое опьянение	Охватывают даже опьянение средней и лёгкой выраженности
Фоновая психическая и неврологическая патология	Обнаруживается редко и в относительно слабой форме	Выявляется часто и в выраженной форме

как и перепады настроения, возбудимость, раздражительность и конфликтность. При *типичном варианте* этого состояния возбудимость выражена относительно слабо. Возможны острые конфликты опьяневшего с окружающими, обусловленные ситуационными факторами. Но при оценке характера опьянения учитываются лишь те вспышки раздражения и недовольства окружающими, причины которых коренятся в психопатологических особенностях состояния самого опьяневшего.

В любой фазе типичного алкогольного опьянения возбудимость не носит доминирующего характера. Эпизоды раздражённости поверхностны, кратковременны, легко сменяются успокоением. Если нарушения поведения опьяневшего грозят ему социальными санкциями, он легко преодолевает возникающее раздражение и избегает нарушения принятых социальных норм.

При *атипичном эксплозивном варианте* вспышки раздражения носят выраженный характер и доминируют в структуре данного состояния. Аффективные разряды возникают по малозначительным поводам или даже без таковых и проявляются в раздражении, придирчивости, недовольстве окружающими, а в более тяжёлых случаях — гнев, злоба, ярости, двигательном беспокойстве. Возбудимость нередко сопровождается агрессивным поведением, тяжесть которого варьирует от вербальных проявлений до физически-деструктивных действий. Но при этом, в отличие от описанного ниже дисфорического варианта опьянения, аффективные разряды кратковременны, быстро сменяются успокоением. Внимание опьяневшего переключается на другие объекты, при взаимодействии с которыми могут возникать повторные эмоциональные вспышки.

*Дисфорический эпилептоидный вариант* характерен только для *атипичного опьянения*. Он характеризуется сочетанием остро проявляющихся злобы и тоски, причём аффект имеет вязкий, застойный характер. При дисфорических расстройствах опьяневшие мрачны, угрюмы, напряжены, недовольны окружающими, подозрительны. Участвуя в общей беседе, они застревают на темах, неприятных для присутствующих, мелочны, придирчивы, назойливо напоминают о нанесённых им обидах. В таком состоянии у них нередко обнаруживается стремление мучить лиц, зависимых или неспособных дать отпор. На этом фоне могут возникать бурные вспышки гнева, которые часто сопровождаются агрессивными действиями, порой чрезвычайно brutальными и разрушительными. Агрессия может носить смещённый характер и быть направлена не на прямого обидчика, а на другой объект, «подвернувшийся под руку». Негативные эмоции сохраняются на протяжении всего состояния алкогольного опьянения. Более того, тоскливо-злоб-

ное настроение может наблюдаться в течение нескольких дней до и после опьянения, но в наиболее острой форме оно проявляется именно в состоянии острой интоксикации.

*Истерический вариант* типичного алкогольного опьянения проявляется демонстративностью и стремлением обратить на себя внимание даже у тех лиц, у которых отсутствуют истерические личностные особенности.

При *атипичной форме истерического варианта* «жажда признания» обнаруживается у опьяневших в резко выраженной форме. В этих случаях могут наблюдаться самовосхваление, грубое преувеличение своих возможностей и способностей, псевдология, рассказы о связях с влиятельными людьми или участии в событиях, вызвавших широкий общественный резонанс. В других наблюдениях обнаруживается стремление вызвать к себе жалость и сочувствие. Опьяневшие сообщают о случившихся с ними драматических событиях. Независимо от содержания их высказываний при истерическом варианте опьянения проявляются чрезмерная эмоциональность, бурное выражение чувств, патетика, театральность, наигранный аффект.

Могут проявляться так называемые истерические стигмы — локальные двигательные или соматические расстройства, которые регулярно повторяются в опьянении, особенно под влиянием психогенных воздействий. Из двигательных нарушений характерны гиперкинезы, тремор рук и головы, тикообразные сокращения мышц лица, расстройства походки («астазия-абазия»), а также парезы, не сопровождающиеся соответствующими неврологическими симптомами. Возможны заикание, мутизм, отрыжка, рвота, спазм мышц глотки («ком в горле»), нарушения зрения и слуха, которые нельзя подтвердить объективными методами.

Кульминацией моторных нарушений являются «двигательная буря» или истерический припадок. Опьяневшие мечутся по комнате, совершают множество хаотических бессмысленных движений, заламывают руки, рвут на себе волосы и одежду, катаются по полу, плачут, рыдают, выкрикивают отрывки фраз.

Психомоторное возбуждение может внезапно прекращаться, и опьяневший принимает позу «мнимой смерти». Иногда в его поведении проявляются элементы пугрилизма, или псевдодеменции. Часто наблюдаются демонстративные суицидальные попытки.

Паранойяльные (параноические) расстройства считаются не характерными для типичной картины острой алкогольной интоксикации. Если они возникают, диагностируется *паранойяльный вариант атипичного алкогольного опьянения*. Атипия данного состояния может быть связана со сверхценными идеями, проявляющимися в форме чрезмерной фиксации на каких-либо представлениях, их доминировании в

сознании человека. Хотя сверхценные идеи относятся к идеаторным (интерпретативным) психопатологическим феноменам, именно в состоянии алкогольной интоксикации они сопровождаются выраженными эмоциональными и поведенческими расстройствами.

Например, во время застолья с выпивкой у мужа возникает острое чувство ревности к жене, оказывающей повышенное внимание одному из присутствующих мужчин. Подозрение в супружеской неверности вызывает у опьяневшего, в обычной обстановке сдержанного человека, вспышку недовольства, раздражения, гнева, вплоть до проявления вербальной и физической агрессии. Сверхценные идеи ревности иногда сопровождаются иллюзорными расстройствами. В беседе жены с другим мужчиной опьяневший может услышать слова, свидетельствующие об их намерениях установить близкие отношения, а в замечаниях окружающих — насмешки в свой адрес.

Как известно, для паранойяльных личностей характерны повышенное самомнение, переоценка своих творческих способностей, убеждение в том, что они имеют особые заслуги перед обществом. На выражение окружающими даже в самой невинной форме сомнения в этом индивидуум с паранойяльными личностными особенностями может отреагировать крайне болезненно, что особенно резко проявляется в опьянении. Он полагает, что окружающие завидуют ему, хотят «подсидеть», относятся без должного уважения, унижают, ущемляют чувство собственного достоинства и пр. Такого рода эпизод может послужить основанием для длительного конфликта с людьми, относящимися к нему, в целом, доброжелательно.

Для типичного варианта алкогольного опьянения с нарушениями побуждений характерны возникновение уже в первой фазе острой алкогольной интоксикации на фоне подъёма настроения, общее возрастание активности и стимуляция сферы побуждений опьяневшего. При этом он может совершать такие действия и поступки, которые в трезвом состоянии для него не характерны. Например, индивидуум неожиданно принимает решение продолжить веселое времяпрепровождение в другой обстановке или компании, что может привести к неприятным социальным последствиям. В острой алкогольной интоксикации часто растормаживается сексуальное влечение и облегчается его реализация. Опьяневший может захотеть немедленно получить понравившуюся ему вещь.

При типичной картине этого варианта опьянения речь идёт всего лишь об умеренно выраженных нарушениях поведения, далеко не выходящих за рамки социальных норм, принятых в той среде, к которой он себя относит. Если же поведение индивидуума в опьянении выходит за эти рамки, диагностируется *атипичный вариант опьянения с нарушениями побуждений*. Как правило, патология распространяется не

на всю сферу побуждений, а на какую-либо одну локальную их группу и проявляется в виде импульсивных действий.

Чаще всего поступки такого рода принимают форму простых психомоторных актов, совершаемых внезапно, немотивированно, вне контекста происходящих событий. Например, опьяневший, находясь в компании партнёров по выпивке, неожиданно, никому не сообщив о своём намерении, покидает компанию и уходит домой.

Импульсивные действия могут проявляться в более выраженной форме и достигать степени дромомании. Опьяневший уходит домой без объяснения причины данного поступка или уезжает, никого не предупредив, в другой населённый пункт, который может быть расположен очень далеко от его постоянного места жительства. Там он продолжает злоупотреблять алкоголем и перманентно пребывает в состоянии опьянения. Как правило, с тем городом, куда уезжает этот человек, у него связаны давние, положительно окрашенные впечатления. Возможно и бродяжничество в состоянии опьянения по незнакомым для данного индивидуума местам. Естественно, нарушения поведения такого рода могут вести к самым тяжёлым последствиям.

Если типичная алкогольная интоксикация приводит к умеренному расторможению полового влечения, то при атипичном варианте данного состояния опьяневший может позволять себе грубые сексуальные домогательства по отношению к лицу противоположного пола, вплоть до попыток изнасилования. Приём спиртных напитков иногда актуализирует скрытые расстройства половой идентификации (гомосексуальные тенденции). Опьянение может провоцировать проявления парафилий: эксгибиционизма, фетишизма, вуайеризма, садомазохизма, педофилии и пр.

В качестве импульсивного поведения иногда рассматривается проявляющееся в опьянении стремление немедленно завладеть понравившейся вещью. Чаще всего без спроса берутся предметы, принадлежащие родственникам и знакомым. К поступкам такого же рода относится внезапная покупка не нужных опьяневшему вещей. В более тяжёлых случаях возможно развитие клептомании, при которой пациент, находясь в состоянии опьянения, систематически похищает в магазинах вещи, хотя его материальное положение позволяет приобретать их законным путём.

В общем, для данной формы опьянения специфичными являются волевые и моторные расстройства, которые могут приобретать большое криминогенное значение. Становится недостаточной внутренняя интрапсихическая переработка впечатлений, происходит моментальное переключение восприятий и представлений на моторную зону, быстрый их переход в дви-

гательные акты, возникает облегчённая преждевременная реализация двигательных импульсов и реакций. Отсюда часты всевозможные импульсивные, рефлекторные, безмотивные и бесцельные деликты, преступления, возникающие внезапно. Опьянение сопровождается общим моторным беспокойством, потребностью к движению, перемещению, невозможностью оставаться на одном месте. Это возбуждение захватывает и речевой аппарат.

Описанные выше варианты острой интоксикации алкоголем отражают достаточно глубокие личностные характеристики индивидуума. Но существуют разновидности данного состояния с более поверхностной и грубой дезорганизацией психики опьяневшего. Имеется в виду острая интоксикация алкоголем, сопровождающаяся изменённым сознанием, нарушениями восприятия окружающей действительности и расстройствами ассоциативного процесса.

*Алкогольное опьянение с расстройствами сознания, нарушениями когнитивной сферы и амнезиями* возможно и при типичной форме острой алкогольной интоксикации в том случае, если употребляются очень большие дозы этанола и опьянение достигает тяжёлой степени. При *атипичном варианте* изменения сознания и самосознания могут наступать уже в начальной стадии опьянения, а в дальнейшем усиливаться. Это часто определяет поведение опьяневшего. Воспоминания о сказанном и содеянном в опьянении обычно смутны, искажены и часто совершенно отсутствуют.

Вариант *атипичной алкогольной интоксикации с расстройствами сознания* обычно принимает относительно лёгкую форму данного вида психической патологии — оглушения. Если же возникают более тяжёлые варианты помрачения сознания — делирии, онейроиды, сумеречные состояния, — то они трактуются как острые психозы.

При *атипичной алкогольной интоксикации с оглушённостью* моторные, вегетативные и соматические признаки опьянения выражены относительно слабо. В то же время характерные для помрачения сознания отрешённость от окружающего, частичная дезориентировка и изменения мышления и последующая амнезия проявляются вполне отчётливо.

Опьяневшие пассивны, малоподвижны, находятся в одной позе. Их мимика бедна, жестикуляция отсутствует. К происходящему вокруг они безразличны. Восприятие этими лицами окружающего затруднено. Для того чтобы вступить с ними в контакт, необходимо как бы преодолеть барьер. Они отвечают только на простые вопросы, заданные громким голосом. Инструкции, даже несложные, выполняют с трудом. Ориентировка в собственной личности и месте пребывания обычно сохранена, во времени — нарушена.

Оказывается, что опьяневший плохо понимает смысл происходящего вокруг, способен использовать лишь простые, глубоко закреплённые в его сознании знания и навыки. Отмечается обеднение всех видов психической деятельности. Мышление замедлено, ассоциации скудны, суждения крайне поверхностны.

На фоне описанного состояния с пассивностью и малоподвижностью иногда возникают эпизоды с резкими импульсивными действиями. Опьяневший может дать реакцию на малозначительное событие и совершить какой-либо неожиданный поступок, включая агрессию по отношению к окружающим.

Происходящие во время опьянения события обычно выпадают из памяти индивидуума. Амнезия может распространяться на все события, а может — на большую их часть. В последнем случае в памяти сохраняются лишь фрагменты происшедшего.

При *атипичном варианте простого алкогольного опьянения с когнитивными расстройствами* восприятие окружающей действительности грубо нарушено. Сохраняются все виды ориентировки. Опьяневший сразу и правильно отвечает на вопросы, способен выполнять инструкции и производить привычные действия.

Но у него обнаруживается резкое снижение интеллектуальных функций, отсутствовавшее до развития опьянения либо проявлявшееся значительно меньше, чем раньше. Несмотря на слабо выраженные физические признаки интоксикации, индивидуум не может концентрировать внимание, оперировать отвлечёнными понятиями, отделять главное от второстепенного. В силу этого он оказывается неспособен выполнять сложные действия и задания, требующие интеллектуальных усилий. Интеллектуальные расстройства могут проявиться не критичностью и легкомыслием; утратой способности охватить всю ситуацию, а также отдельные явления и действия, в целом; чрезмерным влиянием отдельных случайных впечатлений и представлений; неправильным пониманием и истолкованием высказываний других; склонностью принимать на свой счёт самые безобидные замечания и усматривать в них личное оскорбление; недостаточностью осмысления своих слов, действий и возможных их последствий. В целом, для алкогольного опьянения характерны значительное ослабление регулирующих, тормозящих и контролирующих психических механизмов, иногда полное их выключение, что, естественно, снижает способность опьяневшего руководить и управлять своими действиями. После вытрезвления ассоциативные функции восстанавливаются или заметно улучшаются, достигая прежнего уровня. Воспоминания о событиях, имевших место во время опьянения, обычно носят фрагментарный характер.

Расстройства памяти в структуре острой алкогольной интоксикации могут выступать на первый план, и тогда диагностируется *амнестический вариант атипичного алкогольного опьянения*. При таком состоянии физические признаки интоксикации выражены умеренно или незначительно, проявления оглушённости или других видов нарушенного сознания отсутствуют, опьяневший поддерживает контакт с окружающими, правильно отвечает на вопросы, адекватно реагирует на происходящие события. Ассоциативный процесс грубо не нарушен, опьяневший способен высказывать правильные суждения. И, тем не менее, все основные события, происходившие во время опьянения, амнезируются.

### **Влияние факторов постоянной и временной «почвы» на клиническую картину алкогольного опьянения**

При описании острой алкогольной интоксикации нельзя не коснуться вопроса о влиянии различных факторов на картину опьянения. Психическая патология пограничного уровня, хотя и влияет на характер опьянения, но полностью не определяет структуру симптомов в этом состоянии. При текущих органических процессах головного мозга, часто наблюдаемых, например, у пожилых людей, закономерности возникновения психопатологических симптомов в структуре опьянения, в первую очередь, зависят от основного заболевания. Опьянение является лишь «спусковым крючком», фактором, проводящим возникновение этой симптоматики.

Традиционно в работах, посвящённых патологическому и атипичному опьянению, учитывается воздействие на клиническую картину этих состояний факторов постоянной и временной «почвы» [4—8, 10].

Из факторов постоянной «почвы» наиболее значительное влияние на характер опьянения оказывают *личностные особенности опьяневшего индивидуума*. Степень выраженности атипичного алкогольного опьянения зависит от глубины характерологических аномалий опьяневшего, а вариант атипичного опьянения — от типа личности находящегося в алкогольной интоксикации. При условно-гармоничном складе личности картина острой интоксикации алкоголем чаще всего носит типичный характер. С увеличением количества и выраженности акцентуированных черт в характере опьяневшего вероятность развития аномальных вариантов опьянения возрастает. Наконец, при фоновых психопатологиях (расстройствах личности) различные психопатологические симптомы в структуре опьянения встречаются чаще всего и носят наиболее выраженный характер.

Рассматривая влияние типа личности на картину острой алкогольной интоксикации можно выделить

два вида опьянения — *гомономное и гетерономное*. В случае гомономного опьянения его структура определяется базисными характерологическими особенностями опьяневшего, проявляющимися в гипертрофированном виде. Так, у умеренно возбудимого человека могут возникать брутальные вспышки гнева с агрессией. При склонности к пониженному настроению алкогольное опьянение нередко сопровождается острыми депрессивными эпизодами с суицидальными тенденциями, а при гипертимных чертах характера, наоборот, возникают состояния, приближающиеся к маниакальным. Приём алкоголя способен спровоцировать проявления скрытых истерических или параноидальных особенностей.

При гетерономной картине острой интоксикации алкоголем нарушения поведения индивидуума не соответствуют основным базисным чертам личности, а проявляются дополнительными характерологическими особенностями, присущими личности опьяневшего, но не определяющими основные, доминирующие черты характера. Алкогольное опьянение снижает тормозящее влияние коры головного мозга, нарушает привычные формы реагирования и позволяет проявиться скрытым особенностям личности, в обычной жизни скорректированным общепринятыми морально-этическими нормами.

Наиболее известным примером является возникновение в опьянении гневных вспышек у индивидуумов с астеническими чертами характера (проявление так называемого астенического жала). Поведение опьяневшего может определяться характерологическими чертами, дополняющими основной тип личности. Например, у преимущественно возбудимых индивидуумов в опьянении на первый план могут выходить «дополнительные» истерические особенности личности.

Вторым фактором постоянной «почвы», способствующим развитию атипичной картины алкогольного опьянения, является наличие у опьяневшего психоорганического синдрома. Этиологические факторы, приводящие к развитию психоорганического синдрома, могут быть различными: регулярное употребление больших доз алкоголя и его суррогатов, другие виды интоксикационных повреждений головного мозга, черепно-мозговые травмы, инфекционные заболевания, раннее органическое поражение головного мозга, судисная и атрофическая патология головного мозга, характерная для лиц пожилого возраста. В позднем возрасте психоорганический синдром чаще всего обусловлен сочетанным воздействием нескольких из вышеперечисленных этиологических факторов.

Описанные выше варианты картины атипичного опьянения с оглушением, когнитивными расстройствами и амнезией обычно возникают именно у лиц по-

жилого возраста с психоорганическим синдромом. Кроме того, у таких пациентов в структуре опьянения часто наблюдаются психопатоподобные расстройства, причём они, как правило, носят мозаичный характер и проявляются в форме сочетания возбудимости, истерических расстройств, острых аффективных эпизодов и других нарушений. Опьянение может провоцировать у этих лиц возникновение тяжёлых дисфорических состояний, импульсивных действий особенно грубого и немотивированного характера.

У лиц пожилого возраста с психоорганическим синдромом вне алкогольного опьянения могут выявляться астенические проявления, аффективная неустойчивость, психопатоподобные расстройства в менее выраженной форме, чем в опьянении. В некоторых случаях в отсутствие алкогольного опьянения лица описываемой возрастной группы могут обнаруживать неглубокие когнитивные расстройства с обеднением ассоциаций, конкретизацией мышления, снижением концентрации внимания и умеренным ухудшением памяти. Могут иметь место резкое снижение инициативы и другие виды слабости волевой деятельности.

У лиц пожилого возраста формой фоновых психических расстройств может быть аффективная патология в виде стёртых аффективно-фазных состояний. Скрытая депрессия может проявляться в виде острых депрессивных эпизодов именно на фоне употребления алкоголя. Соответственно, при аффективно-фазных состояниях с лёгкой приподнятостью настроения в острой алкогольной интоксикации могут возникать резко выраженные маниакальноподобные расстройства поведения.

Для всех лиц с наличием психоорганического синдрома характерны так называемые общемозговые симптомы, проявляющиеся в виде головных болей, головокружений, плохой переносимости жары и поездок в транспорте, вегетативной неустойчивости. Нередко обнаруживается неврологическая микросимптоматика, свидетельствующая об органических изменениях в области лобно-мозжечковой, гипоталамической (диэнцефальной), стриопалидарной и экстрапирамидной систем головного мозга. Не исключены различного рода пароксизмальные состояния умеренной выраженности, например, единичные или редкие парциальные приступы с вегетативными, сенсорными и психомоторными проявлениями. Даже вне опьянения у таких пациентов могут наблюдаться эквиваленты припадков в форме дисфорий или импульсивных поступков.

Одним из наиболее часто встречающихся этиологических факторов, обуславливающих развитие атипичной картины алкогольного опьянения, является наличие алкоголизма. В отечественных клинических классификациях атипичное опьянение, развившееся на фоне постоянного злоупотребления спиртными на-

питками, расценивается как один из признаков формирования алкогольной зависимости. Однако в наркологии чаще используется аналогичное понятие *изменённое*, а не *атипичное* алкогольное опьянение.

О формировании зависимости от спиртных напитков свидетельствует сокращение или исчезновение в состоянии интоксикации периода эйфории. Вместо этого проявляются возбудимость, раздражительность, гневливость. Чаще всего наблюдаются кратковременные эмоциональные вспышки, которые иногда сопровождаются истерическими расстройствами (мозаичная картина опьянения). Но могут возникать и относительно продолжительные дисфорические состояния с вязкостью аффекта, проявлениями злобы, тоски, недовольства окружающими, выраженной агрессивностью.

Картина опьянения по мере прогрессирования алкоголизма может претерпевать выраженные изменения. Например, на начальном и среднем этапах его течения возбудимость, раздражительность, гневливость и другие психопатоподобные расстройства в структуре опьянения заостряются, становятся более выраженными. Но в последующем, на отдалённых стадиях развития процесса при нарастании деградации, усилении пассивности и апатического фона настроения эти проявления, наоборот, сглаживаются, нивелируются.

Даже при отсутствии неблагоприятного влияния описанной выше фоновой патологии личностного и клинического характера картина опьянения может меняться в зависимости от различных внешних обстоятельств. Как отмечалось выше, факторы временной «почвы» также могут определять развитие атипичной картины острой интоксикации алкоголем.

Наибольшую роль среди факторов временной «почвы», особенно значимых для лиц позднего возраста, играют психогении. Длительно действующая психотравмирующая ситуация занимает, скорее, промежуточное место между факторами постоянной и временной «почвы». Чаще всего психогении такого рода бывают связаны с семейным неблагополучием, постоянными стрессами на производстве, уходом на пенсию, невозможностью реализовать свои жизненные потребности и интересы, потерей близких людей, общей неблагоприятной экономической и общественной ситуацией в стране и другими обстоятельствами. Возникают психопатологические нарушения психогенного характера, квалифицируемые в МКБ-10 как *расстройства адаптации*. В этих случаях развиваются депрессивный фон настроения, тревога и психопатоподобные расстройства поведения. Фоновая патология такого рода в наиболее резкой форме проявляется в состоянии алкогольного опьянения, сопровождаясь бурным выражением эмоций, психомотор-



ным возбуждением, агрессией, суицидальным поведением и другими расстройствами, требующими особого внимания со стороны специалистов.

Атипичная алкогольная интоксикация может быть и следствием какого-либо однократного, разового психогенного воздействия на индивидуума. При этом, однако, в большинстве случаев удаётся обнаружить какую-либо скрытую фоновую психическую патологию, проявления которой были лишь спровоцированы алкогольным опьянением и психогенией. Следует помнить, что для каждого типа личности существуют определённые разновидности психогений, способные вызвать неадекватно бурную реакцию опьяневшего (по типу «ключевого переживания»).

Развитие опьянения с атипичной картиной в этом случае провоцируется неприятным событием, произошедшим в быту или на работе, которое, с точки зрения здравомыслящего человека, малозначительно. Во время застолья это может быть мелкое замечание собеседника, его неудачная шутка или банальное возражение в споре. Но возбудимый пожилой человек считает в этом случае себя глубоко оскорблённым и проявит агрессию (вербальную или даже физическую) по отношению к мнимому обидчику. При склонности к пониженному настроению и чрезмерной рефлексии замечание собеседника, унижающее достоинство находящегося в алкогольном опьянении, вызывает его неадекватную острую депрессивную реакцию. Человек с паранойяльным личностным складом, находящийся в алкогольном опьянении, может без особых на то оснований устроить бурную сцену ревности, если посчитает, что задета его супружеская честь.

Кроме психогений, к факторам временной «почвы», способствующим развитию атипичного алкогольного опьянения, относятся переутомление, дефицит сна, соматические заболевания, приём лекарственных препаратов, назначенных врачами-интернистами. При сочетании нескольких неблагоприятных факторов такого рода вероятность возникновения аномальной формы опьянения возрастает многократно.

Поведение индивидуума в момент употребления алкоголя во многом определяется также характером воздействия на него социального окружения. Совместно пьющие люди оказывают друг на друга, как известно, сильное индуцирующее влияние. В соответствии с традиционными правилами участники выпивки должны демонстрировать благодушие, раскрепощённость, откровенность и одобрение действий всех членов группы. По контрасту с этими традициями приводящие социальные влияния с отрицательным эмоциональным знаком вызывают у пьющих людей особенно бурную негативную реакцию. Такие вторжения в комфортную атмосферу выпивки могут быть со стороны любых лиц: родственников, администра-

торов на производстве, работников правоохранительных органов, случайных людей. Очень характерным для данной ситуации является неадекватно бурный эмоциональный ответ опьяневших на замечания и увещевания родственников после их возвращения домой в состоянии алкогольного опьянения.

### **Особенности клинической картины состояния алкогольного опьянения у лиц позднего возраста**

Кроме отмеченных выше особенностей необходимо помнить, что наркотическое действие этанола у пожилых людей развивается быстрее. Его усиливает совместный с алкогольными напитками приём транквилизаторов, нейролептиков, снотворных средств и других лекарственных препаратов, приём большого количества которых обычен для пожилых лиц.

Характерна невысокая толерантность к алкоголю и плохая переносимость даже незначительных его доз, которые способны вызвать выраженное и часто атипичное опьянение в виде состояния изменённого сознания, дисфорий и эксплозивности. При превышении пределов индивидуальной переносимости алкоголя возможно возникновение тяжёлого опьянения с симптомами оглушения и последующими амнезиями. В состоянии опьянения у лиц позднего возраста обычно превалирует астенический синдром и аффективные нарушения, возможны также проявления новых не свойственных прежде личности возрастных изменений (раздражительность, капризность, брюзгливость, претенциозность, ригидность и упрямство). Характерны грубые нарушения координации движений, праксиса, чувства равновесия, следствием чего могут служить падения и связанные с этим всевозможные травмы.

Тяжесть алкогольной интоксикации и её осложнения, в целом, могут зависеть и от алиментарных причин (голодание, дефицит витаминов, белков и микроэлементов); сопутствующей соматической и неврологической патологии (заболевания сердца, печени, почек, сосудисто-атрофические процессы головного мозга, инфекции, диабет, гипотиреоз) и от декомпенсации вышеуказанных состояний. Все эти факторы в совокупности способны замедлить и элиминацию алкоголя из организма пожилого человека.

Для клинической картины алкоголизма позднего возраста характерны укорочение запоев, их чередование с ежедневным употреблением спиртного в незначительных дозах при ежедневном уменьшении доз употребляемых спиртных напитков, что связано со снижением толерантности к алкоголю, нарастанием общего физического истощения и астенизации. Паталогическое влечение к приёму спиртных напитков у лиц пожилого возраста носит крайне навязчивый и непреодолимый характер

в силу общего ослабления волевых функций и невозможности сопротивляться возникающему желанию принять очередную дозу алкоголя. В структуре абстинентного синдрома отмечается уменьшение амплитуды аффективных колебаний, субдепрессивные расстройства, быстрая истощаемость психических процессов, расстройства со стороны сердечно-сосудистой системы — нарушения ритма сердечных сокращений, колебания артериального давления, приступы стенокардии. Усиливаются проявления различных сопутствующих алкоголизму соматических заболеваний, а также обострение хронических болезней. Лишение пожилых больных привычной дозы алкоголя может вызвать ухудшение их соматического состояния, так как спиртное, имеющее известное психотропное действие и обладающее кратковременным сосудорасширяющим эффектом, становится для них своеобразным «лекарством».

### Экспертная оценка состояния алкогольного опьянения

Необходимость в экспертной оценке состояния острой интоксикации ПАВ (опьянения) возникает при проведении СПЭ как в уголовном, так и в гражданском процессах. Эта проблема наиболее подробно освещена Т.Б. Дмитриевой, А.Л. Игониным, Т.В. Клименко и рядом других специалистов [4—8].

Судебно-психиатрическая оценка состояния опьянения сложна и до сих пор недостаточно разработана. Проводя судебно-психиатрическую экспертизу лиц, совершивших противоправное действие в состоянии острой интоксикации ПАВ, необходимо иметь в виду следующее общеизвестное правило: какие бы грубые нарушения поведения ни наблюдались в опьянении, подэкспертный, в том числе и пожилой, совершивший в этом состоянии преступление, не освобождается от уголовной ответственности. На него не распространяется содержащееся в ст.21 УК РФ положение о том, что «не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, т.е. не могло осознать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия)».

Для этого имеются следующие основания. Во-первых, острая интоксикация не входит в перечень расстройств, составляющих медицинский критерий невменяемости. Во-вторых, существует ст.23 УК РФ, в которой специально оговаривается, что лицо, совершившее преступление в состоянии опьянения, вызванного алкоголем, наркотическими средствами или другими одурманивающими веществами, подлежит уголовной ответственности. Исключение составляют такие состояния острой интоксикации ПАВ, в структуре которых возникают психотические расстройства.

Перечисленные выше соображения обоснованы тем, что простое алкогольное опьянение всегда во всех своих проявлениях, в симптоматике и течении сохраняет специфические признаки и своеобразие алкогольной интоксикации, следствием и выражением которой оно является.

Само алкогольное опьянение, как правило, не ведёт к деликтам. Преступные действия, совершаемые в состоянии опьянения, чаще всего исходят из тех же установок, побуждений и мотивов, что и обычные аналогичные преступления. Истинные тенденции личности часто скрыты, незаметны для окружающих, а алкогольное опьянение способствует выявлению и реализации скрытых желаний, склонностей и намерений личности. Нередки случаи сознательного приведения себя в состояние опьянения («для храбрости») с целью облегчения выполнения заранее задуманного правонарушения.

Находящийся в простом алкогольном опьянении сохраняет способность, хотя и с ограничениями, разбираться в том, что происходит вокруг него. Он не утрачивает совсем связи с действительностью, поддерживает относительный контакт с окружающими. Его криминальные действия, пусть неадекватные, несообразные и недостаточно мотивированные, все же вызваны каким-то внешним раздражителем, поводом и имеют часто определённую избирательную направленность. Сохраняется способность улавливать ситуацию, замечать её изменения, в том числе наличие или появление тех лиц, со стороны которых он ожидает противодействие и негативные последствия. Сохраняется реакция на эти события, в связи с чем опьяневшее лицо меняет поведение, старается уйти, скрыться или, наоборот, ещё сильнее возбуждается, оказывает сопротивление или проявляет агрессию.

Необходимо иметь в виду, что простое, нормальное, физиологическое алкогольное опьянение может сопровождаться выраженными, а иногда довольно тяжёлыми нарушениями психической деятельности, присущими алкогольному опьянению. Под влиянием обычного действия алкоголя могут совершаться всевозможные неадекватные, немотивированные, странные действия и поступки, которые находятся в резком противоречии со свойственными опьяневшему характеристическими особенностями, социальными и этическими установками, с занимаемым им положением, привычным жизненным укладом и поведением.

При совершении преступления в состоянии не патологического, а изменённого (атипичного) опьянения, когда в структуре интоксикации могут проявляться возбудимость и эксплозивность, эпилептоидные черты, грубое демонстративное поведение, острые аффективные эпизоды, подэкспертный может быть признан ограниченно вменяемым. Он вполне может рассматриваться как «вменяемое лицо, которое во время совер-

шения преступления в силу психического расстройства не могло в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими» (ст.22 УК РФ). Но при оценке правомерности применения в этих случаях ст.22 УК РФ необходимо учитывать следующее обстоятельство. В основе нарушений поведения в опьянении должны лежать психопатологические расстройства, какая-либо фоновая психическая патология. Обычно это расстройства личности, органическое поражение головного мозга, последствия стрессовых воздействий, нарушения адаптации, лёгкие аффективно-фазные состояния и когнитивные нарушения, что, в целом, характерно для лиц пожилого и старческого возраста. Если же неправильное поведение в опьянении является следствием лишь асоциальной направленности личности, влияния криминальной среды или воздействия каких-либо случайных внешних факторов, то такое лицо не может быть признано не только невменяемым, но и ограниченно вменяемым.

Очень часто состояние алкогольного опьянения становится предметом исследования при проведении СПЭ в отношении пожилого лица в гражданском процессе. Речь обычно идёт о признании совершённой в этом состоянии сделки недействительной (ст.177 ГК РФ). В связи с этим необходимо иметь в виду, что все вышеперечисленные доводы применимы и при проведении гражданских экспертиз. Опьянение, вызванное психоактивными веществами, само по себе не может служить основанием для признания лица, совершившего в этом состоянии сделку, неспособным понимать значение своих действий или руководить ими [6, 7]. Опьянение умеренной выраженности не может нарушить способность подэкспертного понимать значение своих действий и руководить ими. Если же опьянение очень глубокое, то подэкспертный просто не в состоянии производить те действия, которые необходимы, в частности, для совершения сделки.

Следует отметить, что более серьёзная, чем было указано выше, психическая патология, обусловленная грубо-органическими процессами с характерными для пожилых подэкспертных когнитивными расстройствами и наруше-

ниями в эмоционально-волевой сфере, оценивается уже исходя не из особенностей поведения подэкспертного опьянения, а из более глубоких базовых характеристик клинической картины основного заболевания.

### Список литературы

1. Альтшуллер В.Б. Острая алкогольная интоксикация (алкогольное опьянение) // Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. Т. 1. — М.: Медпрактика-М, 2002. — С. 198—202.
2. Белов В.П. Психотические эпизоды и пароксизмы при церебральном атеросклерозе // Неврологические и психиатрические аспекты ранних форм цереброваскулярной патологии: Тез. докл. — М., 1983. — Т. 2. — С. 24—26.
3. Вандыш В.В., Нью Т.Г. Органические психические расстройства в пожилом возрасте: Пособие для врачей. — М., 2003. — 26 с.
4. Дмитриева Т.Б., Игонин А.А., Клименко Т.В., Кулагина Н.Е., Пищикова Л.Е. Злоупотребление психоактивными веществами (клинические и правовые аспекты). — М.: МНЦ «Инфокоррекция», 2003. — 317 с.
5. Дмитриева Т.Б. Судебно-психиатрическая оценка психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ // Судебная психиатрия: Учебное пособие. — М.: МИА, 2008. — Гл. 16 — С. 502—532.
6. Дмитриева Т.Б., Харитонова Н.К., Иммерман К.А., Королева Е.В. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе. — М., 2000. — 208 с.
7. Игонин А.А., Клименко Т.В. Судебно-наркологическая экспертиза при алкоголизме, наркоманиях и токсикоманиях // Руководство по судебной психиатрии / Под ред. Т.Б. Дмитриевой. — М.: Медицина, 2004. — Гл.18. — С. 217—228.
8. Клименко Т.В., Игонин А.А., Олифиренко Н.Ю., Дворин Д.В., Кулагина Н.Е. Противоправная активность в состоянии острой алкогольной интоксикации (клинические и судебно-психиатрические аспекты): Пособие для врачей. — М.: Минздравсоцразвития РФ. ГНЦССП им. В.П. Сербского, 2004. — 32 с.
9. Костандов Э.Я., Арзуманов Ю.А., Рещикова Т.Н., Шостакович Г.С. Изменение функций коры больших полушарий под влиянием алкоголя // Биологические основы алкоголизма / Под ред. Г.В. Морозова. — М., 1984. — С. 111—123.
10. Криворучко Ю.Д. Церебральный атеросклероз и его судебно-психиатрическое значение: Дисс. на соискание учёной степени к.м.н. — М., 1980. — 194 с.
11. Печерникова Т.П. Сосудистые заболевания головного мозга // Руководство по судебной психиатрии. — М., 1977. — С. 212—225.
12. Холодковская Е.М. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе (дееспособность психически больных истцов и ответчиков). — М., 1963. — 464 с.

## THE STATE OF ALCOHOLIC INTOXICATION IN PERSONS OF OLD AGE AND THE FORENSIC PSYCHIATRIC ASSESSMENT

PISCHIKOVA L.E., IGONIN A.L., KULAGIN N.E.

The article analyzes the clinical variants of acute alcohol intoxication, permanent and temporary factors, the soil of its formation. The features of alcohol from persons in old age. Accentuated on the specifics of the forensic psychiatric assessment of these states in a legally significant cases in criminal and civil processes, including the elderly the subject.