

потерпевших в возрасте старше 70 лет на 80,8 %, увеличение удельного веса этой категории в общем числе потерпевших и уровня криминальной виктимизации свидетельствуют о том, что социально-экономические факторы, определяющие преступность и криминальную виктимизацию этой группы населения, должным образом не нейтрализованы;

во-вторых, продолжающийся процесс виктимизации этой возрастной группы от насильственных преступлений, о чем, в частности, свидетельствует возросшая степень риска стать жертвой убийства (в 2008 г. каждый девятый потерпевший от этого преступления – лицо старше 70 лет), требует разработки и применения комплекса мероприятий по предупреждению криминальной виктимизации этой возрастной группы;

в-третьих, анализ сведений, содержащихся в ежедневных сводках о зарегистрированных преступлениях, показал, что в подавляющем большинстве убийства, жертвами которых являются престарелые граждане, происходят в семейно-бытовой сфере. В связи с этим представляется необходимым при разработке и реализации мер по виктимологической профилактике особое внимание уделить мероприятиям, направленным на предупреждение убийств в семейно-бытовой сфере;

в-четвертых, в зоне повышенного риска находятся пожилые люди, проживающие в сельской местности, поэтому для их защиты в первую очередь должны быть приняты профилактические меры.

На сегодняшний день в нашей стране назрела необходимость принятия и реализации комплекса мер как общего, так и специального предупреждения виктимизации населения. К сожалению, в принятом законе Республики Беларусь от 10 ноября 2008 г. № 453-З «Об основах деятельности по профилактике правонарушений» [2] отсутствует специальный раздел по виктимологической профилактике, содержащий формы и методы ее осуществления. Вместе с тем, как отмечает немецкий криминолог Г.Й. Шнайдер, не существует «прирожденных жертв» или «жертв от природы», но приобретенные человеком физические, психические и социальные черты и признаки могут сделать его предрасположенным к превращению в жертву преступления. Если он осознает эту свою повышенную виктимность, то сможет усвоить определенное поведение, позволяющее сопротивляться и справляться с этой угрозой [5, с. 357].

Библиографические ссылки

1. Концепция защиты жертв преступной деятельности : постановление Совета министров Респ. Беларусь, 20 янв. 2006 г., № 74 // КонсультантПлюс : Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр». Минск, 2009.

2. Об основах деятельности по профилактике правонарушений : закон Респ. Беларусь, 10 нояб. 2008 г., № 453-З // КонсультантПлюс : Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр». Минск, 2009.

3. Романов, В.В. Криминальная виктимология и виктимологическая профилактика / В.В. Романов // Борьба с преступностью в Беларуси: научные основы и концептуальные решения / О.И. Бажанов [и др.] ; под общ. ред. О.И. Бажанова. Минск, 2005. 403 с.

4. Частная криминология / Д.А. Шестаков [и др.] ; под общ. ред. Д.А. Шестакова. СПб. : Юрид. центр Пресс, 2007. 771 с.

5. Шнайдер, Г.Й. Криминология : пер. с нем. / Г.Й. Шнайдер ; под общ. ред. и с предисл. Л.О. Иванова. М. : Изд. группа «Прогресс» – «Универс», 1994. 504 с.

Е.Г. Пучкова

АЛКОГОЛЬНОЕ ОПЬЯНЕНИЕ: ПРИЧИНЫ, ФОРМЫ ПРОЯВЛЕНИЯ И РОЛЬ В КРИМИНАЛИЗАЦИИ УЧАСТНИКОВ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ

Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2007–2010 годы предусматривает целостную систему мер социально-экономического, правового и организационного характера, что обеспечит постепенную стабилизацию численности населения и формирование предпосылок для последующего демографического роста. Успешное решение этой важной государственной задачи невозможно без целенаправленной борьбы с пьянством и алкоголизмом. Алкоголь наносит серьезный ущерб здоровью людей, злоупотребляющих спиртными напитками. Злоупотребление алкоголем (пьянство) – одна из основных медицинских и социальных проблем современности, так как несет серьезную угрозу здоровью населения, отрицательно сказывается на рождаемости, оказывает негативное влияние на качество генофонда нации, способствует росту числа детей с нарушениями психофизического развития, влечет снижение средней продолжительности жизни человека и рост смертности.

Проблема пьянства и алкоголизма остро стоит во многих странах мира, в том числе и в нашей стране. На долю одного жителя Беларуси приходится 9,3 л алкоголя в год. Серьезной проблемой является увлечение спиртными напитками в среде подростков и молодежи. Формированию алкогольной зависимости способствуют среда, индивидуальные-генетические, личностные факторы, а также особенности взаимодействия между ними. Проблема зависимости от алкоголя – одна из наиболее актуальных не только в здравоохранении, но и в жизни со-

временного общества в целом. За последние 10 лет отмечен быстрый рост потребления алкоголя почти во всех странах Восточной Европы и государствах бывшего СССР, включая Беларусь. Этому способствуют как социально-экономическая ситуация, так и то обстоятельство, что алкоголь рассматривается в нашей культуре как неотъемлемая часть повседневной жизни людей (к тому же алкоголь – весьма дешевое и доступное средство). Сегодня к категории тяжелопьющих в нашей стране относится примерно 10 % населения, число больных, страдающих алкогольной зависимостью, состоящих на учете, – 120 тыс.

Алкоголизация населения обусловлена многообразным сочетанием не только средовых, но и наследственных компонентов (В.Д. Москаленко, М.М. Ванюков, М.А. Schuckit). Алкогольная наследственность выявляется у 30–70 % пострадавших (А.Ю. Егоров, Л.К. Шайдукова). Риск развития алкогольной зависимости для детей алкоголиков в четыре раза выше, чем для детей неалкоголиков (С. Black, S.F. Bukey, D.W. Goodwin). Среди детей алкоголиков у мужчин алкогольная зависимость встречается в 25–50 % случаев, а у женщин в 5–8 % независимо от воспитания в родной или приемной семье (D.W. Goodwin). Алкоголь наносит серьезный ущерб здоровью людей, злоупотребляющих спиртными напитками. Развиваются тяжелые соматические заболевания, поражается центральная нервная система, снижается трудоспособность, сокращается продолжительность жизни. В состоянии алкогольного опьянения совершается основная масса преступлений. Несчастные случаи в быту, на производстве и транспорте в подавляющем большинстве также связаны с алкогольным опьянением или его последствиями. Этиловый спирт нередко обнаруживается и в трупах лиц, погибших насильственной смертью или скоропостижно. Насильственная смерть наступает от действия факторов внешней среды (внешних причин). Во всех случаях внешний фактор непосредственно вызывает травму, которая закономерно приводит к смерти и является ее первоначальной причиной.

Под алкоголем в быту понимают этиловый спирт. Чистый этиловый спирт представляет собой прозрачную жидкость со специфическим запахом, жгучую на вкус. Каждое опьянение является острым отравлением. Алкоголь попадает в организм, как всякая жидкость, обычно через рот, но может всасываться через кожу, раны (компрессы) или через легкие при вдыхании паров.

Алкоголь действует на организм, как наркотическое вещество, при этом различают следующие фазы его действия:

1) возбуждение;

2) наркоз;

3) паралич.

Как и всякий наркотик, алкоголь действует прежде всего на центральную нервную систему, подавляет деятельность дыхательного центра. Под влиянием спиртного снижаются реактивность и работоспособность клеток. Происходит угнетение тормозных процессов коры больших полушарий головного мозга и высвобождение подкорковых центров из-под тормозного контроля коры полушарий мозга, чем и вызывается внешняя картина возбуждения. Острая алкогольная интоксикация обусловлена психотропным действием этилового спирта. Он вызывает длительную эйфорию. Алкогольная интоксикация, как правило, проявляется в виде простого алкогольного опьянения.

Токсические дозы алкоголя весьма вариабельны, что зависит в первую очередь от возраста и веса человека, количества и качества принятой им пищи, его физического и психического состояния (настроения), привыкания и т. д. Действием этих многообразных факторов можно объяснить неодинаковую степень опьянения у различных лиц, выпивших равное количество алкоголя. На степень интоксикации существенно влияет и качество спиртных напитков. Различные примеси, в первую очередь сивушные масла, усиливают действие алкоголя. Они медленнее окисляются (сгорают) в организме, что вызывает состояние тяжелого похмелья: головную боль, дрожание рук, потливость, тошноту, угнетенность. Поэтому прием алкогольных напитков, изготовленных кустарным способом (самогона, браги и др.), при прочих равных условиях сопровождается большей интоксикацией.

Признаки алкогольного опьянения. Клинически выделяют три степени опьянения: легкую, среднюю и тяжелую. Она устанавливается по концентрации алкоголя в крови, которую определяют с помощью биохимических исследований. Наличие 0,5–1,5 ‰ алкоголя в крови соответствует легкой степени опьянения, 1,5–2,5 ‰ – средней, 2,5–3 ‰ – сильной, 3,0–5,0 ‰ – тяжелой. При острой алкогольной интоксикации с концентрацией алкоголя в крови свыше 5 ‰ наступает смерть. Указанные параметры хотя и являются важными признаками в определении степени опьянения человека, но не служат абсолютными показателями в диагностике состояния алкогольного опьянения, так как быстрота развития и выраженность симптомов опьянения зависят не только от количества принятого алкоголя, но и от типа высшей нервной деятельности человека, индивидуальной чувствительности организма, степени утомляемости и качества спиртных напитков. Поэтому главным критерием при диагностике состояния алкогольного опьянения является клинический метод.

Легкая степень алкогольного опьянения характеризуется появлением в первые минуты после приема алкоголя приятного чувства тепла, мышечного расслабления, повышенного настроения, самоуверенности, ложного оптимизма, а также ей присущи следующие признаки при непосредственном контакте:

- запах алкоголя изо рта;
- блестящие глаза;
- покраснение кожи лица;
- стремление к шуткам, хвастовству;

затруднение движений, требующих точности и быстроты исполнения (застегивания пуговиц, печатания на машинке, игры на музыкальных инструментах, управления механизмами и транспортом и др.);

снижение самоконтроля за своим поведением, неточность, неконкретность, необъективность оценки своего состояния и окружающей обстановке суждений снижается.

При *средней степени алкогольного опьянения* также наблюдается эйфория (повышенное настроение), усиливается двигательное возбуждение, а также:

- выраженный запах алкоголя изо рта;
- мутный цвет глаз, блуждающий взгляд;
- покраснение лица, одутловатость;
- наблюдается учащение пульса и дыхания;
- речь становится быстрой и громкой;
- движения размашистые, нарушается координация движений, походка становится шаткой, неустойчивой;
- нарушается ориентация в месте и времени;
- затруднена оценка происходящих событий;
- в некоторых случаях появляется тошнота и рвота.

В поведении лиц, употребляющих алкогольные напитки, на первый план выступают развязность, грубость, циничность, повышенная обидчивость, ревность, придирчивость, раздражительность, переходящие в агрессию. Брань, ссоры и драки – характерная линия поведения. В зависимости от личностных особенностей человек, находящийся в состоянии алкогольного опьянения, может быть склонен ко сну, слезлив либо необычайно весел. Возможны импульсивные поступки. В ряде случаев наблюдается заострение индивидуальных черт характера опьяневшего, они становятся карикатурно обнаженными. Иногда, наоборот, имеет место нивелировка психологических особенностей личности. При средней степени часто наблюдаются «лоскутная память», «перфорационная» амнезия (фрагментарные провалы памяти на период опьянения).

При *тяжелой степени алкогольного опьянения* обнаруживается дальнейшее усугубление тяжести общего состояния:

- повторная обильная рвота с резким запахом алкоголя;
- бледность кожных покровов лица;
- дыхание становится редким;
- речь бессвязная (заплетающийся язык);
- движения замедленные; походка шаткая, неустойчивая, сопровождающаяся частыми падениями;
- ориентация в окружающей среде и времени полностью отсутствует;
- возбужденное настроение быстро сменяется вялостью и завершается глубоким сном.

Иногда возникают эпилептиформные припадки, непроизвольное мочеиспускание. При тяжелой степени наблюдается полная амнезия.

Для ликвидации острой алкогольной интоксикации (вытрезвление) необходимо вызвать рвоту путем раздражения задней глотки вплоть до исчезновения алкогольных запахов в рвотных массах. Необходимо дать выпить теплой воды с 5–10 каплями нашатырного спирта или перманганата калия (марганцовки), щелочной (содовой) воды или теплого молока с медом.

Основные клинические проявления	Концентрация этанола в крови, ‰	Степень интоксикации
Отсутствуют Утомляемость, эмоциональная лабильность, нарушение координации мелких движений, гиперемия лица, тахикардия	Менее 0,5 0,5–1,5	Практически трезв Опьянение легкой степени
Эмоциональная неустойчивость, нарушение речи, походки, психики, вегетативно-сосудистые расстройства (слюнотечение, рвота, усиленный диурез, непроизвольная дефекация)	1,5–2,5	Опьянение средней степени
Ступор, понижение рефлексов, снижение болевой чувствительности вплоть до полной анальгезии, гипотермия, замедление пульса и частоты дыхания, синюшная окраска лица	2,5–3,0	Опьянение сильной степени
Кома с нарушением функции дыхания и развитием коллапса, всегда опасное для жизни состояние	3,0–5,0	Тяжелое отравление алкоголем, может наступить смерть

Этиловый спирт, являясь ядом для нервной системы, усугубляет течение черепно-мозговой травмы, а у ряда пострадавших изменяет признаки травматического поражения мозга. Алкогольная интоксикация является предрасполагающим фактором образования внутричерепных кровотечений как в остром, так и в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы. Если при остром отравлении алкоголем токсическое

действие его проявляется в основном в период элиминации (удаления) из организма, то хроническое отравление постепенно вызывает необратимые изменения со стороны как нервной (энцефалопатии, точечные кровоизлияния и др.), так и сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем организма, что не может не сказаться на протекании черепно-мозговой травмы. Потенцирующее действие алкоголя при черепно-мозговой травме связано с тормозящим воздействием на все отделы центральной нервной системы, с гемодинамическими и обменными процессами. Алкоголь, влияя на нервную систему, может вызвать существенные изменения в общемозговой и очаговой неврологической симптоматике, в связи с чем возникают трудности при дифференцировании признаков алкогольного опьянения и черепно-мозговой травмы. Лица в состоянии алкогольного опьянения должны рассматриваться как группа повышенного риска в плане возможности получения черепно-мозговой травмы, так как они часто теряют контроль за своими действиями.

У перенесших травматическое поражение головного мозга, а также у тех, кто страдает расстройством личности (психопатические личности), при длительном употреблении алкоголя могут возникать атипичные формы опьянения:

1) депрессивная форма, при которой наблюдается депрессивный фон настроения с явлениями дисфории (тоскливо-злобное настроение), раздражительности, суицидальными попытками. Считается, что эта депрессия является результатом токсического действия алкоголя на организм;

2) галлюцинозная форма, для которой характерно обилие слуховых, реже – зрительных галлюцинаций, возникающих на пике алкогольной интоксикации. Люди, употребившие алкоголь, слышат голоса неприятного для них содержания, видят разнообразных животных, чертей, ведьм. Однако в это время они понимают, где находятся, ориентируются во времени, память на болезненные события у них сохраняется. При выходе из состояния опьянения эти явления сразу же исчезают. Галлюцинозная форма опьянения чаще всего встречается у лиц, длительное время страдающих хроническим алкоголизмом;

3) эпилептиформная форма может наблюдаться при нарастании алкогольной интоксикации. Вслед за нарастанием ее появившаяся вначале эйфория постепенно исчезает. Движения опьяневших становятся стереотипными и автоматизированными и сопровождаются агрессивными действиями по отношению к окружающим. Характерна полная амнезия (потеря памяти).

Особое место среди атипичных форм занимает патологическое опьянение, которое чаще наблюдается у лиц ослабленных (психическое и физическое перенапряжение, отсутствие сна), перенесших тяжелые инфекционные заболевания. Возникает остро. Данное состояние появляется после приема незначительных доз алкоголя (50–100 г) и сопровождается появлением галлюцинаторных и бредовых переживаний, утрачивается ориентировка, появляется чувство страха, тревоги, ярости, гнева. Если состояние патологического опьянения возникает на фоне выраженного алкогольного опьянения, то у таких лиц исчезают физические признаки опьянения: движения становятся точными, сильными, правильными, речь внятная и отчетливая, походка твердая и уверенная. Внешний облик утрачивает черты пьяного состояния, и поведение кажется сознательным и целесообразным. Различают два вида патологического опьянения:

1) эпилептиформный вариант характеризуется острым развитием сумеречного расстройства сознания с психомоторным возбуждением. При этом наблюдаются аффективные нарушения в виде тревоги, страха, гнева, импульсивной ярости. Появляется стремление к бегству, причем внешне поведение человека может сохранять мотивированную направленность;

2) параноидный вариант отличается острым возникновением галлюцинаторных расстройств, бредовых идей. Люди стремятся избежать мнимой опасности, а иногда прибегают к самозащите от кажущихся преследователей.

Продолжительность патологического опьянения – от нескольких минут до нескольких часов. Такое состояние заканчивается внезапным продолжительным сном с последующим развитием амнезии произошедшего.

Алкогольное опьянение нередко является провоцирующим фактором несчастных случаев в быту, на производстве и транспорте. Ввиду широкой распространенности и сильного действия алкоголя многие преступления совершаются в состоянии опьянения, особенно нанесение телесных повреждений и преступления против нравственности. У погибших в результате транспортных травм этиловый спирт обнаруживался почти в 50 % наблюдений. Если смерть наступила при других обстоятельствах, когда смертельные повреждения возникали от действия тупого предмета, в том числе и при падении на плоскости или с высоты, алкогольная интоксикация имела место в 39–40 % случаев.

При механической асфиксии этиловый спирт обнаруживался у 65–71,7 % погибших, в случаях повешения – в 65,3 %, а при утоплении в 74,1 %.

Среди умерших от отравлений различными ядами, кроме этанола, (окисью углерода, снотворными, наркотиками, медикаментами, ФОСами и пр.) этиловый спирт обнаруживался в 73,8 % случаев, в том числе у погибших от отравления окисью углерода (обычно в огне при пожарах) – в 80,3 %.

Алкогольная интоксикация умерших от общего охлаждения тела регистрировалась в 78,1 % наблюдений.

Суммарно при всех видах насильственной смерти люди находились в состоянии алкогольного опьянения в 69,9 % случаев.

Таким образом, следует заключить, что в рассмотренной группе наблюдений на различные виды насильственной смерти в 80,2 % случаев алкогольная интоксикация оказывала опосредованное влияние, так как уровень этанола в крови не превышал концентрацию 4 ‰, которую принято считать средней смертельной.

В 19,8 % всей насильственной смерти исход был обусловлен прямым токсическим действием этилового спирта, так как концентрация в крови превышала 4–5 ‰. Установлено, что смерть от острого алкогольного отравления может наступить на любом этапе алкогольной интоксикации: в период всасывания (резорбции), в момент максимального содержания алкоголя в крови и в период его элиминации. Причем в период всасывания и в момент максимального содержания алкоголя смерть наступает значительно реже, чем в период выделения.

Длительное злоупотребление алкоголем приводит к заболеванию – хроническому алкоголизму, который характеризуется развитием патологического влечения к алкоголю, т. е. формируется синдром алкогольной зависимости. Для постановки данного диагноза необходимо, чтобы на протяжении последнего года перед обращением человека за помощью имели место следующие признаки: сильная потребность или необходимость принять алкоголь; нарушение способности контролировать прием алкоголя, т. е. время начала, окончания и дозу; повышение толерантности, т. е. увеличение дозы алкоголя для достижения эффекта по сравнению с предыдущими приемами; прогрессирующая утрата интересов к работе, семье и иным жизненным ценностям; продолжение приема алкоголя, несмотря на очевидные вредные последствия для физического и психического состояния.

Распространенность случаев, соответствующих критериям алкогольной зависимости, в среднем составляет 2–5 % населения. У мужчин обнаруживается в 5–10 раз чаще, чем у женщин.

Психическое привыкание – один из кардинальных синдромов алкоголизма. Это, по существу, влечение к алкоголю на психическом уровне. В период предвестников психического привыкания нет, периодиче-

ски появляется лишь тяга к употреблению алкогольных напитков. Главным механизмом при этом является стремление получить удовольствие – посидеть в компании, расслабиться, поговорить, потанцевать. При этом иногда теряется чувство меры, а вместе с ним утрачивается контроль за количеством употребленного алкоголя. Происходит передозировка выпитого и глубокая интоксикация организма. На начальной стадии болезни, как пишет М.Х. Гонопольский, появляется ситуационное желание употребить алкоголь. Чувство влечения к алкоголю увеличивается, а в связи с этим ситуационный и количественный самоконтроль снижается. В отличие от периода предвестников большой передозировки употребляемого алкоголя не бывает, зато частота злоупотребления растет. На хронической стадии качественно изменяется влечение. Оно приобретает навязчивый характер, появляются мысли о желании выпить, они приобретают застойный, доминирующий характер. Человек вначале борется с этим желанием, однако в связи с их неотступностью, недостатком волевых побуждений, доступностью получения спиртного они срываются.

Психический компонент считается одним из основных симптомов, указывающих на возможность появления психоза, более того, чем раньше он появляется, тем вероятнее становится угроза возникновения психоза.

Физическое привыкание – это похмельный синдром или синдром отнятия, лишения алкоголя. Он сложный по своей структуре и формируется постепенно. Развивается обычно через 2–10 лет после начала злоупотребления алкоголем.

На хронической стадии похмельный синдром представлен соматовегетативным компонентом: гиперемией лица, верхней половины туловища, потливостью, ознобом, тахикардией, жаждой, высоким диурезом, в ряде случаев тошнотой, рвотой, диспептическими явлениями. Возможны головокружение, тремор рук, нарушение сна. В ряде случаев наблюдается снижение аппетита.

Все эти симптомы держатся 1–2 суток и постепенно исчезают. Тяжесть и выраженность их может быть различной. К концу хронической, в начале поздней стадии похмельный синдром еще больше усложняется. Выраженным становится психический компонент – чувство тревоги, беспокойство, настороженность, чувство вины, стремление к самоуничтожению. Сновидения носят устрашающий характер. Прием небольшой дозы алкоголя облегчает состояние похмелья.

На поздней стадии похмельный синдром затягивается на 7–8 дней.

На хронической стадии болезни составной частью синдрома отнятия является компульсивное влечение, симптомы «малого похмельного синдрома» и стремление получить физический комфорт.

На начальной стадии формируется неврастенический симптомокомплекс: появляется тревога, больные застревают на своих жалобах, которые объясняют различными правдоподобно звучащими оправданиями.

На поздних стадиях заболевания все более четко вырисовывается общая для всех алкоголиков деменция (возникающее в результате болезни слабоумие). Общий вид неопрятен. Этические, моральные нормы поведения отсутствуют. Падает чувство ответственности за свое поведение перед людьми.

Усиливаются такие симптомы, как стремление к одиночеству или компании собутыльников, а старые друзья, товарищи, семья отходят на задний план. Они бросают учебу, работу, не смотрят телевизор, не читают книг. Снижается критика, а поступки оправдываются малозначимыми «высокими материями». В состоянии опьянения проявляется эмоциональная неустойчивость, беззаботная веселость, сменяемая злобой, раздражительностью, антисоциальными поступками.

Часто лица, страдающие синдромом зависимости (алкоголизмом), позволяют себе алкогольный юмор. Он заключается в склонности к различным нелепым шуткам, анекдотам, хвастливым жаргонным рассказам о себе и друзьях.

В дальнейшем происходит снижение интеллектуально-амнестических функций. Страдает запоминание, а следовательно, и сохранение в памяти и воспроизведение нового материала. Резко падает возможность творческого интеллектуального труда. Снижается критика своего состояния, положения в обществе, т. е. развивается алкогольная деградация личности.

В протекании синдрома алкогольной зависимости в ряде случаев имеет место развитие амнестического синдрома (корсаковский психоз) – состояние, характеризующееся тяжелым расстройством психики, вызванное употреблением алкоголя. Оно проявляется преимущественно грубыми нарушениями памяти – неспособностью запоминать, выпадением из памяти событий недавнего прошлого, плохой ориентацией во времени, конфабуляциями (ложными воспоминаниями). Вместе с тем память на давно прошедшие события сохранена. Сознание при этом не нарушено. Наблюдается вялость, апатия, иногда тревога, боязливость. Критика своего состояния отсутствует, однако грубого интеллектуального снижения не наступает. Перед нами, как говорил С.С. Корсаков, тупой, несообразительный, забывчивый человек.

Кроме того, для определения синдрома алкогольной зависимости характерно наличие состояния отмены (абстинентного синдрома), при котором имеет место совокупность симптомов соматических и психических нарушений, возникающих при прекращении приема алкоголя. При этом характерно стремление человека к приему алкоголя для уменьшения возникших нарушений. Состояния отмены могут быть легкими и тяжелыми, сопровождающимися возникновением судорожных сокращений, психозов, нарушением жизненно важных функций.

К состояниям отмены с делирием относится такое состояние, как белая горячка (алкогольный делирий). Этот психоз развивается, как правило, у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом после очередного продолжительного запоя. Начинается спустя 2–3 суток после прекращения приема алкоголя. Появляется внезапно, чаще в ночное время, на фоне выраженного абстинентного синдрома и возникшего отвращения к алкоголю. При этом отмечаются зрительные иллюзии и галлюцинации устрашающего характера с отрывочными бредовыми идеями, психомоторным возбуждением. Имеют место вербальные (слуховые) галлюцинации, тревожный фон настроения, расстройства тактильной и вкусовой чувствительности. Эмоциональное состояние крайне изменчиво, взрывы страха и отчаяния сменяются благодушием и эйфорией. Движения и мимика соответствуют переживаемому. Они видят насекомых, мелких животных, различных чудовищ, мертвецов. При этом они дезориентированы в месте и времени, противопоставляют себя кажущемуся, спасаются от устрашающих галлюцинаторных видений или же пытаются уничтожить их, в результате чего и могут совершаться различные правонарушения. Белая горячка длится несколько дней, иногда затягивается на 1–2 недели.

Кроме того, могут иметь место такие алкогольные психозы, как алкогольный галлюциноз и алкогольный параноид.

Алкогольный галлюциноз встречается реже, чем белая горячка. Он может протекать остро (в течение нескольких дней, недель) и хронически (месяцы и даже годы). На первый план выступает наплыв слуховых галлюцинаций при формально ясном сознании. Человек слышит голоса, которые осуждают его поведение, упоминая о нем от третьего лица или же непосредственно обращаясь к нему. Содержание галлюцинаций обычно неприятное – слышатся ругань, оскорбления, крики, шепот. На основании галлюцинаторных расстройств возникают отрывочные бредовые идеи самообвинения, преследования. Эти лица тревожны, возбуждены, склонны к отчаянию, попытке суицида.

Алкогольный параноид проявляется в трех вариантах.

В первом случае возникают бредовые идеи ревности, преследования, отравления на фоне абстинентного синдрома. Они сопровождаются растерянностью, страхом, напряженностью. В каждом встречном

больные видят своих преследователей, врагов. Эпизодически наблюдаются вербальные иллюзии, галлюцинации. Длительность не превышает нескольких дней, иногда недель.

Второй вариант проявляется в виде резидуального бреда. После перенесенных острых явлений алкогольного психоза (белой горячки, галлюциноза) на несколько дней остаются бредовые идеи, по содержанию соответствующие галлюцинаторным явлениям.

Третий вариант алкогольного параноида протекает наиболее тяжело. Он возникает медленно, исподволь, в результате длительного логически искаженного анализа человеком окружающих явлений. Этот вариант протекает преимущественно в виде бреда ревности (супружеской измены), который развивается чаще всего у мужчин после 35–40 лет и формируется постепенно. Вначале бредовые идеи появляются на фоне опьянения, а затем высказывания о супружеской неверности отмечаются и вне алкогольных эксцессов. При этом больные обращаются за помощью в администрацию, органы власти и предпринимают к супруге (супругу) насильственные действия с требованием признания в измене. Следует отметить, что чем меньше имеется доказательств измены, тем пышнее бред.

Иногда у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, возникает состояние, называемое дипсоманией – периодически возникающий запой. В этот период появляются тоскливо-злое настроение, бессонница, общее недомогание, стремление к перемене места жительства без видимых на то причин. Человек уходит в запойное пьянство, которое длится до 2–3 недель, при этом он выпивает по 1–2 л алкоголя в сутки. Затем наступает самопроизвольное окончание запоя и возврат к активной, продуктивной работе. При дипсомании люди отказываются от еды, крайне ослаблены.

Злоупотребление алкоголем влечет за собой далеко идущие социальные и экономические издержки: это насилие в семье, включая жестокое обращение с детьми, повышение расходов здравоохранения вследствие роста числа несчастных случаев и возникновения ряда заболеваний у пьющих.

С злоупотреблением алкоголем связано и постоянное увеличение ряда инфекционных заболеваний (вирусный гепатит), а также болезней, передаваемых половым путем (ВИЧ, СПИД).

При хроническом алкоголизме поражаются многие органы и системы: мозг, почки, печень, желудочно-кишечный тракт, поджелудочная железа, легкие, сердечно-сосудистая система, половые органы.

Так, при поражении головного мозга возможно развитие энцефалопатии, психозов, поражение органов зрения, слуха и опорно-двигатель-

ного аппарата. Хроническая алкогольная интоксикация осложняется сердечно-сосудистой недостаточностью, алкогольной кардиомиопатией, гломерулонефритом, гепатитами и циррозами печени, обострениями гастритов и язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхитами, пневмониями и панкреатитом.

Алкоголь оказывает вредное воздействие на репродуктивную систему – яичники и яички. Под влиянием алкоголя происходит жировое перерождение семенных канальцев с разрастанием соединительной ткани в паренхиме яичек у мужчин. Особой выраженностью токсического действия на железистую ткань яичка обладает пиво, которое намного легче других спиртных напитков проникает через гематотестикулярный барьер, вызывая перерождение железистого эпителия семенных канатиков.

Токсичное действие алкоголя на печень нарушает ее функцию и разрушает гормон – эстроген. Известно, что при циррозе печени значительно повышается количество этого гормона как у мужчин, так и у женщин, что приводит к торможению гонадотропной функции гипофиза с последующей атрофией половых желез.

Следует указать, что при злоупотреблении алкоголем раньше или позже в зависимости от индивидуальных особенностей и выносливости организма нарушается половая потенция, что связано со снижением условных и безусловных рефлексов. У женщин наблюдается расстройство регулярности менструального цикла. Из-за токсического действия алкоголя на надпочечники этанол ингибирует выработку в них андрогенов, обуславливающих половое влечение. Расплата за злоупотребление алкоголем – снижение либидо, а в далеко зашедших случаях возможно развитие вторичной фригидности. Прием спиртных напитков во время беременности обуславливает рождение ребенка с врожденными пороками развития, сниженного веса и признаками алкогольного синдрома зависимости.

Бытовавшая в XIX и на рубеже XX в. твердая уверенность в укрепляющем действии алкоголя часто имела последствием прямую алкоголизацию ребенка. Roesch (1838 г.) возмущался тем, что многие дети Франции рано усваивают вкус к спиртным напиткам. В области Нижней Сены, по исследованиям Tourdot (1886 г.), именно в семье дети приобщаются к пьянству, ибо они, как бы молоды ни были, получали по праздникам порцию водки. Lyon (1888 г.), описав подробно три случая хронического алкоголизма у подростков, указывает на многочисленность подобных примеров, особенно среди молодежи, занятой в виноторговле. Legrain (1889 г.) писал, что во Франции широко потребление алкоголя среди учеников и студентов. В Бургундии существовал обычай

давать ребенку на пробу вино последнего сбора винограда. Moreau (1895 г.) отмечал, что в рабочих кварталах Парижа дети 4–10 лет по праздникам посещают вместе с родителями харчевни и рестораны. Baraties (1896 г.) рисует картину широкого употребления спиртных напитков детьми как городского, так и сельского населения Франции. Demme (1885, 1886 гг.), Краерelin (1912 г.) и др. указывали на бытовавший в Германии обычай давать спиртные напитки детям. Так, при обследовании одной из школ в Бонне оказалось, что из 247 детей (мальчиков и девочек) в возрасте 7–8 лет только один еще не потреблял никаких алкогольных напитков. Около 75 % из них уже пили водку. Stumpf (1882 г.) констатировал, что уже в первый год жизни дети часто регулярно получают пиво. В Германии, по Demme (1886 г.), было чрезвычайно глубоко убеждение матерей в благотворном влиянии коньяка на грудных детей, поэтому многие матери часто давали им по несколько капель этого напитка для возбуждения аппетита и улучшения пищеварения, причем дозировка обычно регулировалась собственным усмотрением или советом знакомых. McNicholl (1908 г.), исследовав детей в пяти штатах США, обнаружил, что из коренных американских детей спаиваются любящими родителями 14 %, а из детей эмигрантов, выходцев из Европы, – 65 %. В Шотландии для успокоения детям давали соску, смоченную в виски, или поили их водой с примесью алкоголя. В Бельгии был распространен обычай угощать детей водкой-можжевельной, а пивом там часто заменяли молоко. В Австрии в зимнее время дети бедняков перед уходом в школу обычно получали стакан водки для согревания и утоления голода.

В России в то время также были широко распространены питейные обычаи, способствующие привыканию к алкоголю с раннего детства. По заявлениям В.Ф. Якубовича (1894, 1900 гг.), среди населения низшего сословия было принято приучать детей к водке с грудного возраста с постепенным повышением дозы спиртного до нескольких рюмок. В народе существовало поверье, что если давать детям водку, то они не будут пить, когда станут взрослыми.

По наблюдениям Г.П. Горячкина (1896 г.), спиртные напитки обычно дают слабым, истощенным, рахитичным детям для укрепления организма, улучшения сна и аппетита. Портвейн служит средством повышения аппетита, малиновая настойка – при простудных заболеваниях, кагор и черемуховую наливку применяют при поносе, рябиновку – при глистных инвазиях и т. д. В бедных слоях населения универсальным лечебным средством считается водка.

А.Я. Предкальн (1910 г.) описывает существовавший на большинстве промышленных предприятий обычай устраивать «свадьбу под-

мастерьев» при производстве ученика в подмастерья. Для этой цели администрация предприятия даже может специально выдать аванс до 20 р. (обычно предоставляемый только в случае смерти или серьезной болезни кого-либо из членов семьи). Полученные деньги пропивались подростками-подмастерьями вместе с рабочими в один вечер.

Таким образом, экономические условия, питейные обычаи, неправильное воспитание, дурные примеры, стремление подражать старшим, анатомо-физиологические особенности детского и юношеского организма являлись и являются условиями, способствующими развитию алкоголизма в молодом возрасте. Главная роль в этом, по убеждению большинства авторов, принадлежит глубоко внедрившемуся в общество ложному мнению, что алкоголь является успокаивающим, укрепляющим, питательным средством.

В Республике Беларусь проводится определенная работа по профилактике пьянства, алкоголизма и наркомании среди населения.

Совет министров Республики Беларусь своим постановлением от 23 августа 2000 г. № 1332 принял государственную программу национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма, рассчитанную на 5 лет, в реализации которой приняли участие все государственные органы и министерства. Одна из основных задач данной государственной программы – выработка государственной политики в области профилактики алкоголизма, производства и реализации алкогольных напитков, рекламы и других действий по предотвращению алкоголизма, формирование в общественном сознании твердой установки на трезвый образ жизни, оздоровление нации и ее молодого поколения. Указанные положения нашли отражение в Государственной программе национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2006–2010 годы.

Н.А. Аникеева

ОСОБЕННОСТИ МЕТОДИКИ АНАЛИЗА И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПРЕСТУПНОСТИ В СФЕРЕ БЫТА

Прежде чем перейти к анализу и прогнозированию какого-либо объекта, необходимо четко уяснить его характерные особенности и признаки, а также источники информации о них. Термин «бытовая преступность» не отражен в действующем УК Республики Беларусь и потому является не правовым, а научно-теоретическим, поскольку вызван потребностями криминологической науки. Существенная характеристика бытового преступления заключается в том, что оно – резуль-