

Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших правонарушения в психотических состояниях, вызываемых злоупотреблением психоактивными веществами

ДМИТРИЕВА Т.Б.	д.м.н., профессор, академик РАМН, директор Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва;
ИГОНИН А.Л.	д.м.н., профессор, руководитель Отдела судебно-психиатрических проблем наркоманий и алкоголизма ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского;
КЛИМЕНКО Т.В.	д.м.н., профессор, руководитель Отделения судебно-психиатрических экспертиз при наркоманиях и алкоголизме ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского;
ПИЩИКОВА Л.Е.	к.м.н., с.н.с. Отделения амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского;
КУЛАГИНА Н.Е.	к.м.н., с.н.с. Отделения терапии больных наркоманиями и алкоголизмом ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского.

Рассматриваются вопросы проводимой в рамках уголовного процесса судебно-психиатрической экспертизы лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами (ПАВ). В частности, дается характеристика критериев экспертной оценки психотических состояний, вызываемых различными видами ПАВ.

Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших правонарушения в психотических состояниях, вызываемых злоупотреблением алкоголем

У больных хроническим алкоголизмом нередко развиваются разнообразные острые и хронические психотические состояния, которые могут приводить к совершению общественно опасных действий (ООД). Согласно данным ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, среди всех экскульпированных больных доля лиц с алкогольными психозами составляет более 12%.

Больные с алкогольными психозами чаще, чем лица с другими психическими заболеваниями, совершают опасные действия, направленные против жизни, здоровья и достоинства личности (76,1%). Причем 41,4% из них составляют такие ООД, как убийство, попытка убийства, нанесение тяжких телесных повреждений. Имущественные и правовые нарушения против общественной безопасности и порядка составляют незначительную долю.

Изучение всех больных, поступивших в ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, злоупотребляющих алкоголем и совершивших ООД в психотическом состоянии за 1991—1996 гг., показало, что их противоправная активность в значительной степени определяется ведущим в структуре психоза психопатологическим синдромом, а также типом его течения.

Наибольшая криминогенность присуща больным с психотическими формами опьянения. Противоправные действия этих лиц всегда направлены против личности, в основном это убийства. На втором месте оказываются больные с хроническими алкогольными психозами. В 80% случаев они совершают ООД против личности. Около 60% лиц, перенесших острый психоз, совершили аналогичные правонарушения.

При анализе криминогенности различных психопатологических синдромов, выявленных в течении психоза у больных алкоголизмом, отмечается следующее. Наиболь-

шее количество опасных для жизни правонарушений совершают больные с сумеречным расстройством сознания (100%). В группе больных с острыми психозами лидируют психозы с делириозной симптоматикой (86% больных совершают ООД против личности). В группе больных с хроническими психотическими состояниями наиболее криминогенными являлись психозы с бредовой (в 90% случаев совершены ООД против личности) и галлюцинаторно-бредовой симптоматикой (в 92% случаев ООД были направлены против личности). Наибольшую социальную опасность представляют больные с бредом ревности. Их противоправные действия всегда направлены против жизни и здоровья личности.

При сравнении криминогенности значения одинаковых психопатологических синдромов в структуре острого и хронического психозов оказалось, что больные с хроническим течением параноидного и галлюцинаторно-параноидного синдрома чаще совершают правонарушения, направленные против личности, чем больные с острым течением этих же синдромов. Больные с острым алкогольным параноидом совершают в основном правонарушения, направленные против общественной безопасности и порядка. Больные алкогольными энцефалопатиями по сравнению с больными психотическими формами алкоголизма значительно реже совершают правонарушения, направленные против личности.

Исходя из предложенной Мальцевой М.М. и Котовым В.П. [1] классификации механизмов совершения ООД психически больными, при остром и хроническом течении алкогольного психоза (за исключением энцефалопатий) обнаруживается прямая связь общественно опасного поведения больных с имеющейся у них продуктивно-психотической симптоматикой. Так, среди всех правонарушений у больных с психотическими формами алкоголизма преобладают ООД, совершенные по продуктивно-психотическим мотивам. Среди них преобладают ООД, совершенные по механизму бредовой защиты.

Этот механизм совершения ООД наблюдается и при психотической форме опьянения, и при острых психозах. У больных с острым алкогольным галлюцинозом и параноидом отмечается и пассивный, и активный варианты этого механизма, которые чаще всего отражают различные этапы психоза. Так, в начале психотического расстройства действия больных направлены на защиту от мнимых преследователей. Это выражается в реакции “осадного положения”, когда больные баррикадируются от мнимого нападения (пассивный вариант). В дальнейшем возникает агрессия в отношении преследователей, т.е. совершение ООД происходит по механизму “преследования преследователей” (активный вариант). При этом особо опасные криминальные действия реализуются в период максимального эмоционального напряжения, с выраженным аффектом ярости, злобы и страха.

Правонарушения, совершенные по мотивам бредовой мести, характерны для больных хроническими параноидными психозами. У больных с бредом ревности они реализуются агрессивными действиями, направленными на “неверных” супругов. Иногда этот же механизм наблюдается при развитии параноидных идей ущерба, обкрадывания, отравления. Правонарушение в таких случаях совершается больными на высоте аффективного напряжения.

В группу правонарушений, совершаемых без бредовой мотивации поведения, входят ООД, связанные с наличием устрашающих зрительных, императивных вербальных галлюцинаций и элементов синдрома психического автоматизма. Они встречаются в основном у больных с делириозным расстройством сознания. Во время психотического эпизода поведение больных полностью определяется содержанием имеющейся у них патологической продукции без ее критической переработки и осмысления. Криминальная активность, связанная с этими расстройствами, в частности, возрастает при сочетании в структуре психоза зрительных и вербальных обманов восприятия с аффектом страха и ужаса. Часто их клиническая картина характеризуется видениями надвигающихся зверей, чудовищ, бесов, вурдалаков и т.д. Действия больных в этих случаях носят характер самообороны с агрессивно-наступательными тенденциями. Криминогенность возрастает, когда аффекты страха, тревоги, злобы и тоски достигают своей кульминации.

Механизм совершения ООД, связанный с дезорганизацией поведения, отмечается при сумеречном расстройстве сознания и характеризуется полной невозможностью осмысления окружающего. В таких состояниях больные глубоко дезориентированы, их поведение определяется беспорядочным психомоторным возбуждением с нарастающим аффектом злобы, тоски, страха, что и приводит к совершению ООД. В структуре описанных нарушений нельзя исключить механизма бредовой защиты, хотя его не всегда возможно выявить объективно из-за глубины нарушений сознания и последующей амнезии психопатологической продукции.

В структуре правонарушений, совершенных по негативно-личностным механизмам, преобладают ситуационно спровоцированные действия. Это больше характерно для больных хронической энцефалопатией. В реальной жизненной ситуации больные совершают поступки, обусловленные отсутствием критической оценки ситуации, повышенной внушаемостью, связанной с выраженным в той или иной степени эмоционально-волевыми и интеллектуально-мнестическим дефектом.

Все лица, совершившие ООД в состоянии острого или хронического интоксикационного психоза, признаются невменяемыми.

Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших правонарушения в психотических состояниях, вызываемых другими (кроме алкоголя) ПАВ

Принципиально важным при судебно-психиатрическом освидетельствовании лиц, совершивших ООД в состоянии острой интоксикации ПАВ, является отграничение непсихотических форм опьянения от психотических, поскольку экспертное решение в этих случаях различно. Под психотическим расстройством понимают такие проявления психической деятельности, которые вызывают резкую дезорганизацию поведения индивидуума и находятся в грубом противоречии с реалиями окружающего мира. К расстройствам психотического уровня принято относить все виды помраченного сознания, обманы восприятия, бред, витальные нарушения аффекта.

Дифференциальная диагностика психотических и непсихотических форм опьянения ПАВ, как правило, вызывает значительные затруднения. Это связано с внешним сходством форм поведения подэкспертных, обусловленных, с одной стороны, психотическими, с другой, непсихотическими феноменами. В том и другом случае могут наблюдаться сходная моторика, вазовегетативные проявления, аффективные и амнестические нарушения. В рамках как психотических, так и непсихотических состояний могут отмечаться неадекватные, нередко, на первый взгляд, безмотивные агрессивные действия. При всех формах одурманивания могут быть изменения самосознания (переоценка своих возможностей, способностей и физической силы), иллюзорное искажение восприятия окружающего мира и другие признаки, иногда внешне напоминающие проявления психоза.

Наиболее надежным и достоверным дифференциально-диагностическим критерием психотической формы опьянения являются признаки помраченного (сумеречного, онейроидного и оглушенного, за исключением обнубления) или расстроенного (параноидного, галлюцинаторно-параноидного) сознания.

К основным, обязательным для дифференциальной диагностики признакам психотической формы опьянения любым ПАВ относятся следующие: пространственно-временная дезориентировка, невозможность контакта и совместных действий с кем-либо; грубые деперсонализационные расстройства в виде чувства раздвоенности своего “Я” и страха сойти с ума; бредовые и галлюцинаторные переживания, витальный страх; расстройство внимания на уровне апрозексии (полного его выпадения); нарушение процессов мышления в сторону его ускорения, вплоть до скачки идей и бессвязности (инкогерентности), различных проявлений синдрома психического автоматизма (от непроизвольности мыслей до их чуждости); эмоциональные нарушения, поройходящие до степени экстаза, развернутой мании или дисфории с брутальным поведением.

К косвенным признакам состояния опьянения психотического уровня относятся: кататимность расстройств восприятия, внушаемость больных, их неспособность к активному вниманию, грубое, хотя и временное, интеллектуальное снижение, явления эмоциональной слабости с легкой и частой сменой полярных эмоциональных состояний, двигательная расторможенность, суетливость, нецеленаправленность и автоматизм действий, безмотивность и жестокий характер противоправных деяний. К косвенным признакам относятся также последующий сон и забывание своих поступков. Все эти признаки могут наблюдаться как при психотических, так и непсихотических формах опьянения. Они не имеют самостоятельного значения, и каждый по отдельности не является показателем психотического или непсихотического опьянения.

В некоторых случаях, например при совершении ООД в состоянии опьянения галлюциногенами, значительные трудности вызывает диагностика психотического или непсихотического уровня опьянения. Если при опьянении психопатологическая симптоматика ограничивается иллюзорными обманами восприятия или яркими непроизвольными представлениями, сохраняется ориентировка в месте и времени, поведение лица грубо не дезорганизуется, а его контакт с окружающими не нарушается, то такое состояние нельзя считать психотическим. В случае развития зрительных галлюцинаций или грезоподобных онейроидных переживаний с дезориентировкой в окружающем и неадекватным поведением, то такое состояние следует считать психотическим, с соответствующими экспертными выводами.

При возникновении в структуре опьянения психостимуляторами мании и депрессии с экспертной точки зрения закономерен вопрос: достигает ли выраженность этих состояний психотической степени или нет. Если при мании обнаруживаются грубые проявления маниакальной триады с усилением аффекта, ускорением мышления и чрезмерной психомоторной активностью, карикатурной переоценкой собственной личности, утратой критического отношения к себе, полной дезорганизацией поведения, то такое состояние можно считать психотическим. Тот же подход необходимо использовать и при диагностике депрессивного состояния.

В случаях, когда на момент совершения ООД у больных обнаруживается развернутая картина психотического состояния, судебно-психиатрическая оценка больных не вызывает сомнения. Все они признаются невменяемыми в соответствии с критерием наличия временного расстройства психической деятельности.

Диагностические трудности при судебно-психиатрической оценке острых психотических состояний может вызвать их атипичная клиническая картина с включением полиморфной симптоматики, кратковременность психотического приступа, фрагментарные воспоминания у больного о случившемся или полное их отсутствие и недостаточность свидетельских показаний (при психотических формах опьянения). Экспертную оценку может также затруднить необходимость соотнесения психотического эпизода с моментом совершения ООД. Важным при судебно-психиатрической оценке в этих случаях является определение фазы развития состояния острой интоксикации, во время которой было совершено правонарушение. Психотическое состояние может охватывать не всю картину опьянения, а быть лишь кратковременным эпизодом

в его динамике. В связи с этим правонарушение может быть совершено как в психотической, так и непсихотической фазе острой интоксикации. Так, сумеречное помрачение сознания при патологическом опьянении может развиваться на фоне простого или измененного алкогольного опьянения, делириозно-онейроидный синдром и состояние спутанности при гашишной интоксикации могут возникнуть внезапно на высоте опьянения либо в его начале. Опьянение седативно-снотворными веществами характеризуется определенной фазностью. Психотические эпизоды отмечаются обычно во второй его фазе. Кокаиновый делирий может развиваться в течение суток после начала интоксикации и самопроизвольно купироваться по ее минованию. Психозы при употреблении галлюциногенов могут иметь четкую двухфазную динамику. В начале опьянения клиническая картина исчерпывается аффективными расстройствами, и лишь в конце возникает эпизод помраченного сознания. Делириозные расстройства при вдыхании ингалянтов развиваются только в виде кратковременного эпизода на высоте интоксикации. Вскоре после прекращения вдыхания вещества сознание полностью проясняется и галлюцинации прекращаются. В связи с этим принципиальным представляется не просто выяснение формы опьянения (психотическая/непсихотическая), но и квалификация интоксикационных расстройств, относящихся к периоду совершения данным лицом противоправного деяния.

Больные, перенесшие острый психоз, могут быть экскulpированы в соответствии с критерием как временного, так и хронического психического расстройства. В последнем случае также констатируется острый психоз, который наблюдался в момент совершения ООД, но он возник на фоне выраженных изменений личности, не достигающих, однако, степени слабоумия, которые могут быть квалифицированы как психоорганическое снижение личности или стойкое когнитивное расстройство.

При хроническом течении психоза основанием для экскulpации больных служит наличие хронического психического расстройства. При этом при вынесении экспертного решения определяющими являются не только выявленные психотические расстройства, но и изменения личности с выраженным интеллектуально-мнестическим и эмоционально-волевым дефектом.

Список литературы

1. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. — М.: Медицина, 1995. — 256 с.

JUDICIAL-PSYCHIATRIC EXAMINATION OF PERSONS REFORMED CRIMINAL ACTIONS IN STATE OF ACUTE INTOXICATION BY PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

DMITRIEVA T.B.	Academician, RAMS. Professor, Head of Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow;
IGONIN A.L.	MD. PhD. Professor, of Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow;
KLIMENKO T.V.	MD. PhD. Professor, of Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow;
PISCHICOVA L.E.	MD. PhD. senior researcher of Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow;
KULAGINA N.E.	MD. PhD. senior researcher, of Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow.

The communication is concerning on judicial-psychiatric examination, as a part of criminal process, of persons abused by psychoactive substances (drugs). The characteristics of expert estimations criterions for different kinds of non psychotic disorders revealed in structure of acute intoxication by psychoactive substances is done. The base of expert estimation of psychotic states revealed in structure of acute intoxication will be debated in one from next communications.