УДК 343.225.1 + 343.971

Дишлевой А.Ю.,
кандидат медицинских наук, доцент
кафедры криминально-правовых дисциплин та административного права ХЭПУ

Судебно-психиатрическая оценка преступлений, совершаемых в состоянии дисфории

Судебно-психиатрическая оценка аффективных состояний является весомой частью работы экспертов и нередко становятся камнем преткновения в диагностике психического состояния на момент совершения правонарушения и определения вменяемости. Эмоциональные проявления выражают наше отношение к окружающей действительности и самим себе. Они в своих количественных и качественных вариациях сопровождают повседневное поведение, а тем более противоправные поступки. Аффектом называют чрезмерно сильные, но ограниченные во времени эмоциональные проявления [1].

Свое криминогенное значение аффективные преступления приобретают благодаря общественному резонансу, который возникает в ответ на множественные тяжкие, нередко смертельные повреждения и увечья, причиняемые жертве.

В зависимости от степени выраженности и вовлечения патологических проявлений других сфер психической деятельности аффективные состояния могут иметь психотический и непсихотический уровень и применительно к оценке деликта результировать в невменяемость, уменьшенную вменяемость или вменяемость.

Эти обстоятельства требуют от работников правоохранительных органов определенного навыка, который позволит дифференцировать деликты, совершаемые в аффективном состоянии и в соответствие с этим строить тактику досудебного следствия, проводить опрос свидетелей, изучать личность подозреваемого.

О необходимости углубленной подготовки юристов по вопросам юридической психологии неоднократно говорилось в научной литературе [2].

В этой связи целесообразно организовывать проведение специальных циклов, лекций, семинаров, научных конференций с участием специалистов психиатров и психологов; публикаций в юридической периодике тематических статей посвященных проблемам судебной психологии и психиатрии.

Настоящая работа посвящена клиническому содержанию такого криминогенно значимого психопатологического феномена как дисфория.

В толковом словаре психиатрических терминов В.М. Блейхера и И.В. Крука говорится о том, дисфория (в переводе с греческого disphoria – раздражение, досада) относится к расстройствам настроения, при котором преобладают мрачный, угрюмый, злобно-раздражительный его оттенки. Эмоциональное состояние ею страдающего характеризуют: предметная неопределенность, частые аффективные вспышки, легкость проявления агрессии. [2; с. 480]

В зависимости от тяжести расстройств настроения проявления дисфории могут варьировать от обидчивости, придирчивости, вздорности, ворчливости, недовольства, иронии и язвительности до тоски в сочетании с тревогой, отчаянием, безысходностью, страхом; злобой, перемежающимися эпизодами ярости. Перечисленные расстройства то относительно парциальны, то касаются всего, с чем бы или с кем бы больной ни соприкасался. Не сложные формы дисфории легко просматриваются. Их принимают за присущие индивидууму характерологические черты. Дисфории, особенно выраженные, сопровождаются двигательными расстройствами, степень которых колеблется от непоседливости или легкой заторможенности до психомоторного возбуждения или субступора. Возбуждение при дисфории монотонное, скупое, молчаливое и проявляется в форме однообразных движений, которые в редких случаях сопровождают выкрики отдельных коротких фраз. При выраженных дисфориях могут возникать состояния исступления – раптусы.

Дисфория может усложняться различными психопатологическими расстройствами: бредом различного содержания (преследование, ущерб, ипохондрия), растерянностью, измененным сознанием (сумерки).

Как правило, дисфории возникают аутохтонно, без связи с какими-либо внешними раздражителями. Однако в ряде случаев их начало может совпадать с психогенией. Обращает на себя внимание несоответствие глубины психических расстройств поводу, за которым они последовали. Начало дисфории обычно внезапное. Продолжительность колеблется от часов до недели и более. В последнем случае возникают соматические расстройства, свойственные депрессии – похудание, бессонница, головные боли, колебания артериального давления и сердечного ритма, боли в эпигастральной области, отсутствие аппетита и др.

Непродолжительные дисфории кончаются критически, затянувшиеся – в ряде случаев летально. Если дисфория сопровождалась симптомами манифестного психоза – растерянностью, измененным сознанием, в части случаев – импульсивными явлениями, – наблюдается та или иная степень амнезии бывших продуктивных расстройств.

Большое число исследователей считают, что дисфория наблюдается при многих психических заболеваниях, функциональных и органических, но особенно типична для эпилепсии, при которой она может предшествовать припадку, завершать его или выступать в роли эквивалента.

По мнению некоторых исследований дисфорическая окраска настроения нередко возникает также в структуре депрессивных состояний различной этиологии, в том числе эндогенных депрессий.

Следует согласиться с мнением Антонюка Ю.М., что дисфории могут появляться как следствие напряженной борьбы мотивов и стремлений к импульсивному поведению при сексуальных девиациях.

На мой взгляд, следует согласиться с точкой зрения большинства исследователей в том что, особенности психических заболеваний привносят определенную специфику в клиническую картину, наблюдающихся при них дисфорий [3].

Так Морозов Г.В, Шумский Н.Г. указывают, что дисфории, возникающие у лиц с последствиями органических поражений головного мозга постоянно сопровождаются повышенной чувствительностью к внешним раздражителям вплоть до гиперпатии – восприятия с неприятным, мучительным чувственным тоном, и сенестопатиями – тягостными ощущениями со стороны внутренних органов. При дисфориях, особенно возникающих при эпилепсии, возможны различные импульсивные явления – как в форме поступков, так и влечений (бродяжничество, алкогольные и сексуальные эксцессы и т.д.).

Известный немецкий психолог Э. Блейлер, рассматривает дисфории как наиболее часто встречаемую форму психических эквивалентов припадков при эпилепсии. Он считал, что нет эпилептика, у которого они не наблюдались бы [6; с. 132]. В связи с этим нередко дисфории называют эпилептическим расстройством настроения. При этом заболевании встречаются дисфории как на фоне пониженного, так и повышенного настроения. Дисфории с пониженным настроением встречаются чаще и сопровождаются тоской, тревогой, беспричинным страхом в сочетании со злобностью,

подозрительностью, напряженностью, готовностью к разрушительным действиям по отношению к окружающим. Нередко больные жалуются на неодолимое желание убить кого-нибудь из близких или покончить с собой. Иногда отмечается состояние заторможенности с жалобами на трудность сосредоточиться, невозможность осмыслить вопросы окружающих, понять происходящее.

Состояния повышенного настроения обычно сопровождаются восторженностью, достигающей экстаза на высоте эпизода. Реже повышенное настроение имеет возбужденный оттенок или черты дурашливости и паясничание. Отмечается выраженная раздражительность, взбудораженность. На высоте аффективного расстройства может развиться помрачение сознания, что доказывают отрывочные воспоминания больного о происшедшем. В периоды дисфорий у больных могут возникнуть непреодолимое стремление к бродяжничеству (дромомания, пориомания), запойное пьянство (дипсомания). Они склонны к совершению краж (клептомания), поджогов (пиромания), сексуальные преступлений. [5; с. 557].

Как свидетельствует судебно-психиатрическая практика тяжкие преступления больные эпилепсией совершают при психопатических формах дисфорических состояний. Для распознавания дисфории важны объективные сведения о немотивированном, внезапном изменении настроения и наличии подобных состояний ранее. Иногда сами больные создают трудности в квалификации бывшего у них болезненного изменения, так как стремятся объяснить возникновение "плохого" настроения каким-либо внешним поводом. Судебно-психиатрическая оценка зависит от глубины дисфории. Включение бредовых переживаний, нарушение сознания на высоте дисфории ведут к признанию таких больных невменяемыми [6; с. 142–143, 231–232].

Криминогенная опасность больных возрастает в период алкогольного опьянения, в состоянии которого происходит заметное усиление эпилептических особенностей характера, превалируют придирчивость, угрюмая напряженность, недовольство окружающими, доходящие до выраженной злобы. Агрессивные действия больных часто направлены против родных и близких. Больные неусидчивы, долго не могут заснуть, сон наступает от дополнительных приемов алкоголя [8; с. 132–133, 142–143]. Сходные расстройства наблюдаются у лиц с патологией характера.

К. Ясперс в своем фундаментальном труде "Общая психопатология" указывает, что у лиц с психопатической конституцией

наблюдаются похожие на припадки колебания настроения (дисфорические состояния); при этом имеют место такие феномены, как изменение восприятия мира, навязчивые мысли и т. п. Наступившее изменение представляет собой своего рода "провал" в аномальное состояние; переживание этого изменения очень часто сопровождается острым чувством тревоги. В описаниях П. Жане такие аномальные состояния обозначаются терминами "психолептический кризис" (crise de psycholepsie) и "ментальный провал" (cute mentale). Так, Курт Шнайдер описал кратковременные, быстро наступающие и столь же быстро проходящие трансформации настроения у "лабильных психопатов".

Изменение состояния чувства может дать толчок развитию таких явлений, как фуги, пьянство ("периодическая дипсомания"), мотовство, страсть к поджогам, воровству и другим преступным действиям; именно подобные действия служат выходом для трансформированного настроения индивида. По окончании припадка индивид рассматривает свои влечения – которые еще недавно были для него непреодолимы – как нечто абсолютно чуждое. В период измененного настроения индивид всецело находится под властью страха, нигилистического чувства (когда все безразлично) или какого-то неопределенного влечения ("биения в крови"). [7; с. 825–826].

Особенно типичны дисфории для лиц, страдающих эпилептоидным типом психопатии. Этим термином П.Б. Ганнушкин обозначал те непрогредиентные конституциональные формы, которые находятся в таком же отношении к эпилепсии, как шизоидная психопатия к шизофрении. Самыми характерными свойствами этого типа психопатов являются: во-первых, крайняя раздражительность, доходящая до приступов неудержимой ярости, во-вторых, приступы расстройства настроения (с характером тоски, страха, гнева) и, в-третьих, определенно выраженные, так называемые моральные дефекты (антисоциальные установки).

Описывая дисфории у таких личностей П.Б. Ганнушкин отмечает, что очень важно подчеркнуть чрезвычайно характерную для эпилептоидов склонность к эпизодически развивающимся расстройствам настроения, расстройствам, могущим возникать, как спонтанно, как бы без всякой видимой причины, так и реактивно – под влиянием тех или других неприятных переживаний. То, что отличает подобные расстройства от депрессивных состояний всякого другого рода, это почти постоянная наличность в них трех

основных компонентов: злобности, тоски и страха. Подобные расстройства настроения могут продолжаться недолго, но могут и затягиваться на день или даже на несколько дней, и именно на это дни и падают наиболее бурные и безрассудные вспышки эпилептоидов" [5; с. 136–138].

Помимо тотального изменения психического облика при эпилептоидной психопатии П.Б. Ганнушкин выделяет эпилептоидный тип реакций как острое, преходящее, реактивное состояние. Клиническое содержание такой реакции составляет развивающееся под влиянием тяжелых переживаний, больших неудач, огорчений длительное расстройство настроения, которое выражается в озлобленности, гневливости, тоске. Больной озлобляется, обнаруживает все отрицательные черты своей психики, старается выявить себя возможно жестче, возможно антисоциальнее, пренебрегает всеми правилами и навыками общежития; он отмежевывается от общества, старается как можно больше навредить, отомстить этому обществу, которое не дало ему счастья, уюта, места в жизни; и против тех условий, в которых он очутился. Это состояние бывает временным, преходящим, длящимся только месяцы. Эпилептоидные реакции могут развиваться у тех индивидуумов, в психике которых имеет место эпилептоидный круг, если не ясно выражен, то хотя бы намечен. Такое острое эпилептоидное состояние – в качестве психотического эпизода – может наблюдаться не только при конституциональных психопатиях, но и при органических заболеваниях головного мозга: при эпидемическом энцефалите у детей, при травматических поражениях головного мозга, при шизофрении и т. д. [6; с. 318–320].

Полное и всестороннее исследование дисфорий было проведено А.А. Авдеенко, которым было предложено выделять в структурной организации дисфорий дисфорические реакции, фон, психоз и состояние. Дисфорические реакции и фон, как изолированные проявления, являют собой непсихотические варианты дисфорий, дисфорические психозы и состояния – психотические.

По мнению А.А. Авдеенко дисфорическая реакция – это пароксизмальная, злобно-гневная или (реже) тоскливо-депрессивная аффективная вспышка, внешне проявляющаяся как ответ на любой незначительный или индифферентный повод, который больные зачастую сами активно отыскивают. Дисфорический фон определяют пароксизмальные, безотчетные, тягостные, недифференцированные, но достаточно интенсивные эмоциональные колебания, организующие деятельность больных на поиски способов их ликви-

дации. Это особое эмоциональное напряжение, создающее аффективный центр переживаний, как бы первый этап реакции. Дисфорический психоз представляет собой грубое нарушение напряженным, интенсивным, пароксизмально возникающим аффектом отражательной и познавательной деятельности головного мозга, с нарушением поведения, с отсутствием критического отношения к переживаниям и поступкам, не вытекающим из реальной оценки ситуации. В дисфорических психозах более полное и завершенное развитие получает содержание, в связи с чем А.А. Авдеенко выделяет четыре их типа: злобно-гневный, депрессивный, параноидный и эйфорический. Под дисфорическим состоянием следует понимать сложное, полиморфное образование, состоящее из разнообразных, сменяющих друг друга, нередко непродолжительных, дисфорических психозов и частых дисфорических реакций, связанных между собой единым дисфорическим фоном, из которого они и вырастают. [9; с. 9–14].

Подобное разделение представляется наиболее соответствующим потребностям экспертной практики. При этом, наличие признаков дисфорического психоза или дисфорического состояния на момент совершения преступления следует отнести к обстоятельствам исключающим вменяемость. Дисфорический фон настроения и проявления, экспертная оценка которых зависит от тяжести дисфорические реакции следует рассматривать как непсихопатические преступления и особенностей психического состояния лица.

Следует отметить, что определение проявлений дисфории может привести к кардинальному пересмотру обстоятельств дела и вины обвиняемого. Полиморфизм дисфорий зависит от клинических особенностей психических расстройств, на почве которых она развивается. Глубина дисфории может достигать психотического уровня, что влечет за собой решение об эскульпации. Если проявления дисфории не достигали уровня психоза, то с учетом ситуации и психического состояния обвиняемого, судебно-медицинская экспертиза применительно к оценке преступления определяет невменяемость, ограниченную вменяемость или вменяемость.

Литература

1. Блейхер В.М., Крук И.В. / Под ред. канд. мед. наук С.Н. Бокова: В 2-х томах. – Т. 1. – Ростов-на-Дону: "Феникс", 1996 – 480 с.

2. Морозов Г.В., Шумский Н.Г. Введение в клиническую психиатрию (пропедевтика в психиатрии). – Н.Новгород: Изд-во НГМА, 1998. – 426 с. – С. 18).

3. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / Под ред. С.Ю. Циркина. – М.: Изд-во "Питер", 1999. – 749 с. – С. 186–187.

4. Антонян Ю.М., Ткаченко А.А., Шостакович Б.В. Криминальная Сексология / Под ред. Ю.М. Антоняна. – М.: Спарк, 1999. – 464 с. – С. 327. – С. 327.

5. Судебная психиатрия: Руководство для врачей / Под ред. Г.В. Морозова. – 2-е перераб и доп. – М.: Медицина, 1998. – 400 с. – С. 132–133, 142–143.

6. Ганнушкин П.Б. Избранные труды / Под редакцией проф. О.В. Кербикова. – Ростов н/Д: "Феникс", 1998. – 416 с.

7. Карл Ясперс. Общая психопатология / Пер с нем. – М.: Практика, 1997. – 1056 с. – С. 825–826.

8. Авдеенко А.А. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Клиническая структура и динамика дисфорий при эпилепсии 1983. Барнаул. – С. 9–14.