

## SZCZEGÓLNE POSTACIE UPIĆ ALKOHOLOWYCH W ORZECZNICTWIE SĄDOWO-PSYCHIATRYCZNYM

Problem odpowiedzialności karnej pijanych przestępców jest kontrowersyjny ze względu na różnice w opiniowaniu o poczytalności zależne od tego, jaki rodzaj upicia alkoholowego rozpoznano w momencie czynu. Powoływani przez sądy i prokuratury biegli lekarze psychiatry muszą rozstrzygać w opinii jaki jest wpływ upicia na ocenę zdolności rozpoznania przez sprawcę znaczenia czynu i pokierowania swoim postępowaniem. Trudności w opiniowaniu w tych przypadkach wynikają głównie z niejednoznacznej klasyfikacji upić alkoholowych i odpowiadającego im obrazu klinicznego, a tym samym z braku precyzyjnych kryteriów diagnostycznych. Praktycznie nie ma takich czynników związanych z konsumpcją alkoholu oraz jej skutkami, by w jakimś momencie nie wzbudzało to zainteresowania od strony sądowo-psychiatrycznej. Czynnikiem, który współlistnieje zarówno w etiologii nadużywania alkoholu oraz agresji jest frustracja. Można zastanawiać się nad tym, czy nadużywanie alkoholu nie jest formą agresji będącej odpowiedzią na frustrację, tym niemniej frustracja jest jednym z najważniejszych warunków poprzedzających agresję i zwiększa prawdopodobieństwo jej wystąpienia w szczególnie sprzyjających sytuacjach. Stwarza je zazwyczaj pobudzenie reakcji emocjonalnych, których zasadniczym elementem jest gniew. Zmienione zachowanie człowieka w stanie tzw. „agresji gniewnej”, zazwyczaj skierowanej przeciwko drugiemu człowiekowi, bardzo często występuje u pijanych przestępców (Kosewski, 1972).

Szereg badań nad alkoholem i agresją prowadzono eksperymentalnie na zwierzętach, aby później postawione paradygmaty weryfikować w odniesieniu do człowieka. Potraktowano alkohol jako środek

proagresywny, który swoje działanie ujawnia poprzez: – indukowanie spontanicznego, agresywnego zachowania u osób poprzednio nie agresywnych; – większe wzmożenie agresji u osób poprzednio nie agresywnych; – obniżenie dawki progowej (natężenia) czynników wyzwalających agresywną odpowiedź. Badania kliniczne nie tylko potwierdziły tak sformułowane hipotezy, ale równocześnie uprawdopodobniły tezę o wpływie zatrucia alkoholowego na hypomagnezemię, hypotiaminemię, hypoglikemię, wzrost poziomu kwasu mlekowego i zaburzenia poziomu potasu w organizmie. Stwierdzono również, że w agresji wywołanej proagresywnym działaniem alkoholu, obniża się poziom serotoniny w mózgu (Essman, 1981).

Kolejnym niezwykle istotnym zagadnieniem jest kształtowanie się predyspozycji charakterologiczno-osobowościowych do nadużywania alkoholu i zachowań agresywnych. Większość autorów zajmujących się tym zagadnieniem podkreśla szczególną rolę funkcjonowania rodziny w rozwoju tych niekorzystnych cech społecznych i psychicznych jednostki. Zwraca się istotną uwagę na wpływ negatywnego środowiska rodzinnego obciążonego uzależnieniem od alkoholu i przestępczością, a w związku z tym zaniedbującego dzieci i dostarczającego im negatywnych wzorców. Niewydolne wychowawczo rodziny nie są w stanie podjąć wysiłku przystosowania społecznego dziecka, choćby niwelowania trudności i opóźnienia w nauce. Zaburzona rodzina kształtuje predyspozycje do nadużywania alkoholu i agresji, również poprzez niemożność zaspokajania podstawowych potrzeb psychicznych dziecka, takich jak potrzeba miłości, akceptacji i bezpieczeństwa. Nie bez znaczenia jest zaspokajanie potrzeb bytowych, czyli status materialny rodziny (Ostrowska, 1986, Sienkiewicz 1985). Przeprowadzone badania zabójców, w których rozwoju życiowym nieobojętną rolę odegrał alkohol, dowiodły, że zaburzenia w socjalizacji okresu dojrzewania wpłynęły na negatywne kształtowanie się ich osobowości. Warunkowała ona w późniejszym życiu przyjmowanie sposobu rozwiązywania konfliktów i zaspokajania potrzeb na zasadzie szczególnie agresywnego, otwartego ataku przeciwko innym (Gierowski, Heitzman, 1990). Ukształtowaniu się proalkoholowych postaw sprzyja również ta patologia rodziny, która wiąże się z konfliktowym pożyciem rodziców, niewłaściwym rozwiązywaniem sytuacji konfliktowych, stosowanymi postawami przemocy oraz brakiem dodatnich więzi emocjonalnych z ojcami (Costa, 1985; Pyzik, 1986).

Innym aspektem przyczyniającym się w znacznym stopniu do nadużywania alkoholu są zaburzenia w komunikowaniu społecznym. Brak umiejętności porozumiewania się, przekazywania sobie wzajemnie swych stanów psychicznych, odczuć i potrzeb stanowi jedną z podstawowych przyczyn konsumpcji alkoholu (Sawicki, 1983). Wydaje się jednak, że ułatwienie porozumiewania się pod wpływem alkoholu jest tylko powierzchownym atrybutem nawiązania kontaktu. Istniejące nadal, pomimo syntonicznego działania alkoholu, trwałe niedostatki w komunikowaniu się doprowadzają w konsekwencji do frustracji, agresji i przestępstwa.

Niezwykle istotne jest zagadnienie wpływu alkoholu na pierwotnie, trwale uszkodzony mózg. Zmieniony w swej strukturze anatomicznej i funkcjach fizjologicznych ośrodkowy układ nerwowy, jest szczególnie wrażliwy na jednorazową lub przewlekłą intoksykację alkoholową. Odmienne muszą być przejawy zachowań, w tym także zachowań przestępczych tych, którzy organiczne uszkodzenie mózgu uzupełniają neurotoksycznym wpływem alkoholu. Niepełnowartościowość ich ośrodkowego układu nerwowego, ujawnia się zazwyczaj na tle niedorozwoju umysłowego, przebytych urazów czaszko-mózgowych, przewlekłej intoksykacji alkoholowej, chorób zakaźnych, zwyrodnieniowych i naczyniowych mózgu oraz innych niealkoholowych zatruc. Dane dotyczące obrazu klinicznego „organicznego” zespołu zaburzeń osobowości wymieniają szereg wspólnych cech łączących ludzi, którzy mają predyspozycje do reakcji agresywnych, nadużywania alkoholu czy dokonywania przestępstw. Wspólny wzór osobowości uzupełnia tu zbieżność w lokalizacji uszkodzeń w mózgu. Obraz kliniczny bardziej zależy od uszkodzenia mózgu, niż jego przedurazowej natury. Najczęściej jest obserwowany u osób z uszkodzeniem płatów czołowych i skroniowych. W przypadku uszkodzenia zlokalizowanego w płatach czołowych często pojawia się labilność emocjonalna, słaba kontrola nad bodźcami czy nieadekwatne zachowanie społeczne. Człowiek taki nie zwraca uwagi na konsekwencje wynikające z własnych zachowań, nie jest też zdolny do ich przewidywania (Kaplan, 1985). Związki przewlekłej intoksykacji alkoholowej z korowymi i podkorowymi zanikami mózgu w płatach czołowych zostały potwierdzone w tomografii komputerowej. Badania te wykazały statystycznie istotną zależność pomiędzy spożyciem alkoholu, wynikami testów psychologicznych diagnozują-

cych tzw. „organikę”, a morfologicznymi zmianami w mózgu (Bergman, 1980; Jarema, 1986; Wilkinson, 1980). Omawiane elementy niepełnowartościowości psychicznej, w zależności od ilościowego natężenia zaburzeń, nie muszą gdy są na poziomie „organicznego” zespołu zaburzeń osobowości, ujawniać predyspozycji przestępczych. Jednak gdy dojdzie do nagłej intoksykacji alkoholowej, zmienia się stan psychopatologiczny, wzrasta nasilenie objawów zespołu psychoorganicznego. Zostaje przekroczona pewna bariera, za którą zaczyna się działanie wbrew prawu. Działanie to, na tyle jest odmienne od dotychczasowych zachowań, że mało prawdopodobnym wydaje się być dokonanie przestępstwa gdyby sprawca był trzeźwy. W polskim piśmiennictwie na określenie stanu intoksykacji alkoholowej używa się naprzemiennie pojęcia „upojenie” i „upicie”. Bardziej jednak zręczne i precyzyjniejsze jest to drugie określenie.

Każde upicie alkoholowe jest stanem zakłócającym prawidłowe funkcjonowanie świadomości. Z medycznego punktu widzenia, każde upicie zaburza zdolność do rozpoznania znaczenia czynu i zdolność do pokierowania swoim postępowaniem, bo jest albo chorobą psychiczną, albo innym zakłóceniem czynności psychicznych, czyli wywiera wpływ na stopień poczytalności. W sytuacji popełnionego pod wpływem alkoholu czynu zabronionego, mamy do czynienia z konfliktem interesów. Z jednej strony poczytalność sprawcy jest wyłączona lub zmniejszona, w związku z czym zasługiwał by on na łagodniejsze potraktowanie, z drugiej strony kryminalogiczny charakter odurzenia alkoholowego wymaga stanowczej ochrony społeczeństwa przed czynami nietrzeźwych przestępców. Rozwiązanie tej sytuacji zawarte jest w art. 25 Kodeksu Karnego, a odpowiedni paragraf precyzuje warunki konieczne do oceny poczytalności sprawcy. Opisanie tych warunków jest obowiązkiem powołanych do danej sprawy biegłych psychiatrów, natomiast ich interpretacja należy do kompetencji sądu bądź prokuratury (Heitzman, 1985). Już w końcu XIX wieku w świadomości prawników zaczęła dominować myśl o konieczności ochrony społeczeństwa przed czynami niepoczytalnych pijaków. Zaczęto tworzyć konstrukcje prawne uznające każdego pijanego za niepoczytalnego w sensie medycznym, a w sensie prawnym gdy popełnił czyn zabroniony, przyjmując jednocześnie, że niezależnie od tego czy był wówczas winny, czy mniej winny popełnienia przestępstwa, to musi

być ukarany za picie. Chcąc pogodzić potrzeby prawno-społeczne z zasadą winy, niektóre ustawodawstwa w Europie chciały usunąć tę kolizję przez stworzenie specjalnego stanu faktycznego tzw. „Rauschdeliktu”. W stanie tym sprawca musiał być odurzony alkoholem do całkowitej utraty świadomości, był winien zaistniałemu stanowi odurzenia i za to można mu było przypisać winę, a nie za czyn popełniony w stanie niepoczytalności. Sprawca podlegał karze za tzw. „Rauschdelikt” dopiero wówczas, gdy w stanie niepoczytalności popełnił czyn karalny kwalifikujący się jako zbrodnia. Za wykroczenia w takim stanie niepoczytalności sprawca nie odpowiadał (Sawicki, 1958). Konstrukcja tzw. „Rauschdeliktu” na szczęście odeszła już do historii prawa i psychiatrii sądowej.

W obowiązującym ustawodawstwie odurzenie alkoholowe nie może być podstawą uznania niepoczytalności sprawcy czynu zabronionego. Mimo, że zwyciężyły racje zwolenników zasady ochrony społecznej i całkowite przekreślenie zasady winy, praktyka sądowa czyni jednak wyjątki. W stosunku do tych form odurzenia alkoholowego, u których podłoża leżą pierwotne zmiany chorobowe mózgu lub zaistniałe w trakcie picia zaburzenia pojawiają się w sposób nieprzewidywany i zazwyczaj nie związany z typowym odurzeniem alkoholowym, prawo karne stosuje kryteria niepoczytalności lub poczytalności znacznie ograniczonej. O tym jaki charakter miało upicie alkoholowe decydują biegli lekarze psychiatry. Wypowiadają się oni w kwestii zdolności rozpoznania znaczenia czynu dokonanego przez pijanego sprawcę i zdolności pokierowania przez niego swoim postępowaniem. Decyzję o tym czy sprawca wprowadził się w stan odurzenia, które przewidywał albo mógł przewidzieć, psychiatria sądowa pozostawia do decyzji sądu (art. 25 par. 3 KK). Podziały i klasyfikacje stanów upić alkoholowych w rzeczywistości nie mają żadnego znaczenia dla wypowiedania się o poczytalności. Znaczenie ich jest ważne jedynie od strony określenia precyzyjnych kryteriów diagnostycznych i skutków psychopatologicznych jakie wywołuje spożycie alkoholu. Potoczne posługiwanie się analogiami między poszczególnymi postaciami upicia alkoholowego a poczytalnością jest pewnego rodzaju dowodowym skrótem myślowym.

Powszechnie znany zespół psychicznych i fizycznych objawów działania alkoholu etylowego na organizm człowieka, będący ostrą intoksykacją alkoholową określa się jako upicie alkoholowe zwykłe.

W obowiązującej terminologii jednak nadal zamiennie mówi się o upiciu zwykłym, prostym czy ostrym dla określenia zatrucia alkoholowego wg. klasyfikacji DSM-III, DSM-III-R czy ICD-10. W 1972 r. Himwich i Callison wykazali, że alkohol zmienia stan funkcjonalny synaps aktywującego układu siatkowatego mózgu, oraz niektórych obszarów kory mózgowej. Działanie toksyczne alkoholu na ośrodkowy układ nerwowy obejmuje początkowo najwyższe ośrodki kory półkul mózgowych, począwszy od płatów czołowych i skroniowych. Przyjmuje się, że zaburzeniu ulega przede wszystkim czynność hamująca ośrodków korowych, co prowadzi do usamodzielnienia się funkcji ośrodków podkorowych odpowiedzialnych za działania odruchowe. Porażenie ewolucyjnie najmłodszej struktury mózgu oraz hamujące i porażające działanie alkoholu na układ siatkowaty i prążkowie prowadzi do szeregu poważnych następstw, związanych głównie z zanikiem samokontroli, charakterystycznej dla świadomego działania. Po spożyciu małych dawek alkoholu, do poziomu 0,5 promila, występuje pozorna aktywność psychiczna jak i współistniejące zaburzenia psychomotoryczne i w procesach kojarzeniowych. Większe dawki alkoholu, powyżej 1,0 promila we krwi, powodują, że u pijącego dochodzi do odhamowania działań popędowych. Ujawnia się wówczas stan pobudzenia, a także wzmoczonej agresji (Jakliński, 1978; Jurczak, 1977; Lisiewicz, 1986; Markiewicz, 1986). Farmakologiczne działanie alkoholu zależy przede wszystkim od podanej dawki, czyli w konsekwencji od jego stężenia we krwi. Mimo, że dla psychiatrii samo stężenie alkoholu nie jest bezpośrednią informacją diagnostyczną, to znajomość poszczególnych faz działania alkoholu w zależności od jego stężenia we krwi, wielokrotnie była przydatna w opiniowaniu sądo-wo-psychiatrycznym. Dotyczyło to szczególnie tych spraw, gdzie znane było stężenie alkoholu we krwi oskarżonego bezpośrednio po dokonaniu czynu.

Przyjmuje się, że przy stężeniu alkoholu we krwi do 1,0 promila, czyli w tzw. fazie dysforycznej występuje: subiektywna poprawa nastroju, zwiększenie pewności siebie, zmniejszenie pojemności uwagi, zaburzenia spostrzegania i początkowe zaburzenia psychomotoryczne. W praktyce opiniodawczej, sprawcy znajdujący się w tej fazie działania alkoholu, najczęściej dokonywali czynów o charakterze chuligańskim.

Tzw. faza euforyczna, odpowiadająca stężeniu alkoholu 1,0-2,0 promila, związana jest ze zwiększeniem napędu psychomotorycznego, ujawnianiem działania popędowego, cechami euforii, zwiększonym uczuciem syntonii, zaburzeniami krytycyzmu i sądu, wyraźnymi zaburzeniami psychomotorycznymi i psychosensorycznymi.

Czyny szczególnie agresywne, jak zabójstwa, ich usiłowania, gwałty czy podpalenia były związane głównie z tą i następną fazą zatrucia alkoholem. Dochodziło do niej przy stężeniu alkoholu wynoszącym 2,0-3,0 promila i nazywano ją fazą ekscytacyjną. Dominował w niej zanik uczuciowości wyższej i krytycyzmu, pobudzenie psychomotoryczne, działania niezborne, zaburzenia mowy i równowagi, zamroczenie i zahamowanie procesów myślowych. Faza narkotyczna, przy stężeniu alkoholu wynoszącym 3,0-4,0 promila, objawia się zamroczeniem, snem narkotycznym, zaburzeniami ośrodka oddychania i krążenia.

Faza porażenna odpowiada stężeniu 4,0-5,5 promila i charakteryzuje się głębokim snem narkotycznym o cechach odkorowania, zanikiem odruchów prostych, drgawkami, porażeniem ośrodka krążenia i oddychania, a w konsekwencji śmiercią (Jurczak, 1977).

Znaczenie sądowo-psychiatryczne zwłaszcza tych dwóch ostatnich faz nie jest duże. Bardziej są one istotne z punktu widzenia toksykologii i medycyny sądowej. W szczególnych przypadkach biegli z tych dyscyplin wydają niezależne opinie dotyczące zatrucia alkoholowego nierzadko z wniosku biegłych psychiatrów. Uzupełnieniem obrazu klinicznego zwykłego upicia alkoholowego są takie jego fazy jak: euforyczna, maniakalna, depresyjna, dysforyczna, eksplozywna i histeryczna (Bilikiewicz, 1989).

Jak każdy podział, tak i powyższe mają bardziej teoretyczne walory. Nie można zapominać o indywidualnych cechach każdego człowieka i jego osobniczej wrażliwości na toksyczne działanie alkoholu. Częsta niezgodność objawów klinicznych upicia z poziomem alkoholu we krwi zależy od szeregu czynników jak np. stan zdrowia w danym momencie, ciężar ciała czy szybkość i okoliczności spożycia. Nie ma prostej relacji pomiędzy poziomem alkoholu we krwi, a objawami upicia np. w zakresie złożonej aktywności psychoruchowej (Jaegerman, 1972). Z punktu widzenia opiniowania sądowo-psychiatrycznego w wypadku rozpoznania zwykłego upicia alkoholowego nie zachodzą warunki par. 1 i par. 2 artykułu

25 Kodeksu Karnego. Nie można równocześnie przyjmować, co wynika z wcześniej omawianych założeń, że zawsze w zwykłym upiciu alkoholowym możliwe jest rozpoznawanie znaczenia popełnionego czynu i pokierowanie swoim postępowaniem jak i możliwe jest przewidywanie skutków upicia. W zwykłym upiciu alkoholowym decydujące znaczenie ma obraz kliniczny tego upicia, typowy, powtarzający się i możliwy do przewidzenia sposób reakcji na alkohol, zależny od spożytej dawki i osobniczej tolerancji. Zagrożenie społeczne ze strony zwykłego upicia alkoholowego jest duże. Niebezpieczeństwa związane z tym upiciem dotyczą najczęściej wypadkowości drogowej, wykroczeń, czynów o charakterze chuligańskim, choć również skrajnie agresywnych przestępstw seksualnych i przeciwko życiu. Charakter czynu jest zazwyczaj zgodny z osobowością sprawcy, a popełnieniu przestępstwa towarzyszy zwykle krótkotrwały afekt. Nie bez znaczenia są niekorzystne następstwa zwykłego upicia wyłącznie dla osoby będącej w stanie nietrzeźwym (Falicki, 1985). Podstawowym kryterium diagnostycznym upicia zwykłego jest brak w jego obrazie klinicznym elementów świadczących o jego odmienności. Kierowanie się jednak tym kryterium jest często zwodnicze, bowiem nie zawsze uwzględnia indywidualne różnice w tolerancji jak i fakt, że ta sama osoba może reagować różnie na tę samą dawkę alkoholu zależnie od zmieniających się warunków (Cieślak, 1968, Rutkowski, 1989).

Jeżeli już nasza terminologia wprowadza i uznaje zwykłe upicie alkoholowe, to logicznym wydaje się być określenie wszystkich innych form upicia jako „niezwykłe”. Do najczęściej wymienianych przez podręczniki psychiatrii upić w tej grupie należą upicie patologiczne i upicie na podłożu patologicznym. Szerszego omówienia jednak wymaga czy te formy upić alkoholowych są jednoznacznie określone od strony kryteriów diagnostycznych. Znaczne utrudnienie stanowi fakt występowania tych upić jedynie w czasie dokonywania czynu zabronionego. Rozpoznawanie stanu upicia *ex post*, gdy niemal nie zdarza się możliwość obserwowania bezpośrednio przez biegłych upić odmiennych od zwykłego, stwarza dodatkową trudność orzeczniczą (Heitzman, 1983).

Już Bonhoeffer, opisując w 1901 roku tzw. palimpsesty alkoholowe, czyli przypadki częściowej niepamięci okresu upicia, ustalił osobne miejsce dla patologicznej reakcji na alkohol. Kraepelin



nazwał taki stan zatruciem alkoholowym padaczkopodobnym, mając na myśli podobieństwo tych stanów do stanów pomrocznych pochodzenia padaczkowego, a ponadto wprowadził pojęcie upicia niezwykłego (Korzeniowski, 1965). Pojęcie upicia skomplikowanego wprowadził Ziehen; Gruhle — ciężkiego upojenia patologicznego; Binder — nienormalnej reakcji na alkohol, wśród której wyróżnił odmienne jakościowo upicie patologiczne i odmienne ilościowo upicie powikłane, opatrując je dodatkowo synonimami skomplikowane i atypowe (Fleszar-Szumigaj, 1978). Bleuler, opisując upicie patologiczne jako nienormalną reakcję na alkohol, wyróżnił postać epileptoidalną i delirijną (Bleuler, 1955). Rommeney uważa, że pojęcie patologicznej reakcji na alkohol jest wystarczające tak, że termin patologicznego upicia jest zbędny w klasyfikacji (Rommeney, 1955). Pojęcie tzw. anormalnej reakcji na alkohol wprowadził Hoff uważając, że w przeciwieństwie do upicia patologicznego zdarza się ona często i powtarza się, a zachowanie w czasie jej trwania nie jest obce osobowości. W przypadku rozpoznania takiej reakcji powinno przyjmować się kryterium poczytalności, z wyjątkiem gdy wystąpiła po raz pierwszy. Wówczas wnioskuje się poczytalność zmniejszoną. Hoff przyjmuje istnienie upicia patologicznego, które ma występować przy nietolerancji alkoholu, z obecnością eksplozywnych wyładowań sprzecznych z osobowością, snem terminalnym do kilku godzin po czynie oraz niepamięcią następczą i wysepkową (Hoff, 1956). Rosyjscy psychiatrzy sądowi, poza zwykłym upiciem alkoholowym wyróżniają upicie patologiczne, którego przyjęcie skutkuje niepoczytalnością. Nie uznają form pośrednich, choć przyznają, że zdarzają się przypadki pomyłek z powodu przyjęcia silnych objawów upicia zwykłego za upicie patologiczne (Mendelson, 1956). Thompson (1959) wyróżnia ostrą patologiczną intoksykację, która nie różni się pod względem obrazu klinicznego od padaczki psychomotorycznej. Wyss potwierdzał istnienie upicia skomplikowanego, przy czym za podstawę odurzenia alkoholowego, uwarunkowanego organicznym uszkodzeniem mózgu uważał ilościowe osłabienie funkcji psychicznych, które prowadząc do zawężenia świadomości powoduje mylną ocenę sytuacji (Wyss, 1960). Schipkovensky (1965) pisze o upiciu powikłanym jako formie istniejącej obok upicia patologicznego i prostego. Henne (1965) opiera się na upiciu skomplikowanym Bindera. Podkreśla, że może ono przybierać

postać reakcji histerycznych z podnieceniem psychoruchowym oraz reakcji konwulsyjnych lub depresyjnych. Są one charakterystyczne poprzez reakcje afektywne w stosunku do osób i przedmiotów z otoczenia. Kielholz i Battegay (1972) przyjmują termin upicia skomplikowanego, choć proponują używać szerokiego pojęcia upić patologicznych dla określenia „upicia patologicznego czyli atypowego”, jakościowo odmiennego od zwykłego, jak i „upicia powikłanego czyli skomplikowanego” – odmiennego ilościowo. Kryspin-Exner (1973) cytuje wprawdzie skomplikowane i patologiczne upicie, ale stawia w wątpliwość ich istnienie. Rauch (1974) wymienia upicie skomplikowane z objawami ilościowymi i upicie patologiczne z objawami jakościowymi, które dzieli na „pomroczo-patologiczne upicie” i „deliryjno-patologiczne upicie”. Bresser (1976) wyróżnia „symptomatycznie ilościowo nienormalne upicie, a więc upicie skomplikowane”, które w znaczeniu prawnym ma u niego wartość upicia zwykłego. Szewczyk i Ochernal (1978) poza pojęciem upicia zwykłego i upicia patologicznego, wyodrębniają pojęcie „upicia patologicznie zabarwionego”, podkreślając rzadkość jego występowania i słabiej wyrażone objawy niż w upiciu patologicznym. Huszar (1979) pomiędzy upiciem patologicznym a zwykłym umieszcza „poronne patologiczne upicie”. Kaczajew (1979) wyróżnia jedynie upicie proste (zwykłe) i upicie patologiczne, które występuje u osób względnie zdrowych pod względem neuropsychicznym lub z nieznacznymi odchyleniami. Amerykańska klasyfikacja DSM-III i DSM-III-R wymienia zatrucie patologiczne (upicie patologiczne), jako synonim jednostki podstawowej, którą jest alkoholowe zatrucie idiosynkratyczne (uczuleniowe).

Z autorów polskich na temat upić alkoholowych odmiennych od zwykłego, wypowiedział się Łuniewski, który traktował upicie powikłane jako tzw. „upojenie patologiczne” mieszczące się w obszarze niepoczytalności. Zakładał przy tym, że upojenie zwykłe, „podchmielenie” stoi na pograniczu poczytalności i niepoczytalności (Łuniewski, 1924). Batawia (1955) wymienia upicie na podłożu patologicznym, „którego niezwykły obraz kliniczny wyjaśnia obecność podłoża”. Podobnego określenia używa Malinowski (1959), traktując upicie na podłożu patologicznym jako trzecią formę (poza upiciem zwykłym i patologicznym) ostrego upicia alkoholowego. Spett (1956) opisuje upojenie zwykłe, patologiczne i na podłożu

patologicznym. Zwraca uwagę na to, że upojenie patologiczne jest krótkotrwałą chorobą psychiczną. Podkreśla nietrafność zastosowanego terminu, bowiem każde upojenie będące zatruciem należy do zjawisk patologicznych.

Terminu „wyjątkowego upojenia alkoholowego” używał Frostig (Cieślak, 1968). Dreszer (1962), opisując ostre zatrucie alkoholowe zalicza do niego zwykłe upojenie alkoholowe zwane prostym oraz upojenie patologiczne — postać epileptoidalna i upojenie patologiczne — postać urojeniowa. Wymienia formy pośrednie pomiędzy upojeniem zwykłym a patologicznym, czyli upojenie na podłożu patologicznym i upojenie typu Hoffa. Korzeniowski (1965) pisze o upojeniu zwykłym na podłożu patologicznym, gdzie obraz kliniczny zbliża się na zasadzie powierzchownych kryteriów do obrazu upojenia zwykłego, ale jego wystąpienie warunkuje przyjęcie poczytalności zmniejszonej. Ałapin (1968) mówi o upojeniu na tle patologicznym, zwracając uwagę na aktywizowanie przez alkohol objawów choroby zasadniczej. Kozarska (1972) uważa, że upojenie na podłożu patologicznym to specjalna odmiana ostrego upojenia alkoholowego, występująca u osobników z trwałymi lub przejściowymi zakłóceniami ośrodkowego układu nerwowego. Bilikiewicz (1973) przez upojenie na tle patologicznym rozumiał ciężki stan upicia u organików, a upojenie patologiczne zaliczał do psychoz typu pomrocznego. Wdowiak (1973) używając podobnie określenia „upojenie na tle patologicznym”, traktował alkohol jako czynnik zaostżający objawy zaburzeń i chorób psychicznych. Proponował w przypadku postawienia takiego rozpoznania, orzekanie niepoczytalności i poczytalności ograniczonej. Pionkowski (1975) dzieli upojenie na podłożu patologicznym w zależności od rodzajów podłoża, prowadzących do mniej lub bardziej nasilonych zaburzeń w ośrodkowym układzie nerwowym, na dwa typy „A” i „B”. Hrynkiewicz (1978) wśród nietypowych postaci upicia wymienia stan silnego depresyjnego pobudzenia, upojenie u osobników prymitywnych, upojenie psychopatyczno-dysforyczne, reakcje gwałtownie obudzonych pijanych oraz zatrucie mieszane, spowodowane spożyciem alkoholu i np. leków psychotropowych. Stosuje również pojęcie upojenia na podłożu patologicznym i podkreśla, że podłoże nie przesądza sprawy, bo ważny jest nietypowy przebieg upicia, nieproporcjonalny do ilości spożytego alkoholu i nieadekwatny do sytuacji. Fleszar-Szumigaj

(1978) proponuje wprowadzenie pojęcia upicia powikłanego (atypowego). Przybysz (1978) wyodrębnia postać pośrednią upojenia, która odpowiada pojęciu upicia powikłanego. Równocześnie widzi konieczność wprowadzenia zamiast upojenia na podłożu patologicznym, terminu – upojenie proste na podłożu patologicznym lub upojenie atypowe na podłożu patologicznym. Malik i Ferenc (1977) stoją na stanowisku, że upojenie na podłożu patologicznym to stan pośredni pomiędzy upojeniem zwykłym i patologicznym. Szumusik i Leśniak (1978) posługują się terminem nietypowej formy upojenia.

Dotychczasowy przegląd terminologiczny pokazuje, że w klasyfikacji upić alkoholowych odmiennych od zwykłego istnieje dość duża dowolność. Umieszczenie upicia na podłożu patologicznym jako „stanu pośredniego między upiciem zwykłym a upiciem patologicznym” stwarza problem granic tej postaci upicia. Ich nieokreśloność przyczynia się do popełniania błędów diagnostycznych (Heitzman, 1983; Rutkowski, 1988). Coraz powszechniejsze jest nastawienie, że termin „upicie na podłożu patologicznym” jest niefortunny, sugeruje, że patologiczne podłoże zawsze pociągać musi za sobą „inność upicia”, co prowadzi w praktyce do wielu zbędnych nieporozumień. Dla celów opiniodawczych, część praktyków wymienia starą klasyfikację Bindera, wyróżniającą upicia zwykłe, patologiczne i powikłane, jako najbardziej przydatną (Sobkowiak, Rutkowski, 1988). Prawniczy punkt widzenia na tę złożoną problematykę wiąże się ze zbyt częstym sięganiem przez sądy po nadzwyczajne złagodzenie kary w przypadkach rozpoznawanych upić atypowych. Zaliczając do nich nietypowe formy upicia, upicie niezwykle, postać złożoną upojenia zwykłego, upojenie na podłożu patologicznym, nienormalną reakcję na alkohol wg Hoffa i upojenie powikłane Bindera, prawnicy często stoją na stanowisku, że prawie wszystkie czynniki będące podłożem upić atypowych, są zawinione przez sprawcę (Paprzycki, 1988).

Określając kryteria rozpoznawania upicia patologicznego, większość powoływanych powyżej autorów uważa za konieczne określenie specyficznego obrazu klinicznego, jakościowo różnego od obrazu klinicznego upicia zwykłego. Wśród cech charakterystycznych upicia patologicznego wymienia się: rzadkie występowanie; niezależność od ilości spożytego alkoholu – jednak z przewagą jego małych dawek; możliwość powtarzania się kilka razy w życiu a zwłaszcza u uzależnionych, choć niektórzy uważają, że może

wystąpić tylko raz w życiu; nagłość, gwałtowność i butalność towarzyszącej reakcji agresywnej; występowanie zaburzeń świadomości typu pomrocznego; zaburzeń orientacji w miejscu i czasie; zaburzeń afektu o typie lęku, wściekłości i złości; objawów psychotycznych, takich jak złudzenia, omamy, urojenia; pobudzenia psychomotorycznego; snu terminalnego (bezpośrednio po czynie) lub senności; niepamięci wstecznej całkowitej choć również następczej i wysepkowej. Osoby, u których rozpoznano upicie patologiczne nie sprawiają na otoczeniu wrażenia pijanych, lecz poprzez zmieniony wyraz twarzy raczej chorych psychicznie, są małowówne i nie mają zaburzeń równowagi. W większości uważa się, że do wystąpienia upicia patologicznego konieczne jest współwystępowanie czynników sprzyjających, obecność tzw. tła lub podłoża patologicznego, jednak niektórzy uważają, że obecność podłoża nie jest konieczna a przyczyna upicia patologicznego nie jest znana. Wśród czynników usposabiających do wystąpienia upicia patologicznego najczęściej wymienia się: pierwotne uszkodzenie organiczne mózgu; padaczkę; stany po urazach czaszkowo-mózgowych; psychopatie; „starcze skostnienie osobowości”; obniżenie tolerancji na alkohol; stany po ciężkich chorobach somatycznych i aktualne choroby somatyczne; czynniki psychologiczne, sytuacje konfliktowe bez związku z ofiarą, ciężkie przeżycia emocjonalne; wyczerpanie fizyczne; wygłodzenie; czynniki termiczne; deprywację snu; utratę krwi; synergistyczne z alkoholem działanie leków psychotropowych; uzależnienie alkoholowe, a nawet histerię, psychozy reaktywne czy przebytą schizofrenię. W oparciu o swoją symptomatologię upicie patologiczne traktuje się jako krótkotrwałą chorobę psychiczną, a w związku z tym spełnia ono kryterium niepoczytalności zawarte w obszarze paragrafu 1 artykułu 25 Kodeksu Karnego. Ostatnio jest coraz powszechniejszy pogląd wśród psychiatrów sądowych, opierających się na współczesnej kompleksowej diagnozie psychiatrycznej, że upicie patologiczne nie istnieje jako niezależna jednostka nozologiczna. Nie traci na aktualności stwierdzenie, że „upicie patologiczne zostało wynalezione przez psychiatrów sądowych, ale nie zostało przekonywująco udowodnione”.

Na temat obrazu klinicznego upicia na podłożu (na tle) patologicznym (powikłanego, atypowego, nienormalnego, niezwykłego, patologicznie zabarwionego, skomplikowanego, zwykłego na podłożu

patologicznym, anormalnej reakcji na alkohol, poronnego upicia alkoholowego) uważa się sprzecznie, że jest ono zarówno rzadkie jak częste i powtarzające się; trudne do wykluczenia; nie osiąga takiej jakości jak upicie patologiczne; jest niezależne od ilości wypitego alkoholu; dominują w nim ilościowe zaburzenia świadomości; w jego przebiegu dochodzi do podjęcia agresywnych działań — obcych osobowości sprawcy choć niekiedy wynikających z osłabienia tzw. hamulców moralno-etycznych. W czynie dominuje gwałtowne pobudzenie motoryczne, występują cechy działań automatycznych (automatyzmy ruchowe) np. wielokrotność zadawanych obrażeń, niekiedy można myśleć o obecności nastawienia urojeniowego a nawet urojeń. Wśród czynników tzw. podłoża w tej grupie upić alkoholowych wymienia się przede wszystkim: organiczne uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego; szczególne zmiany pourazowe o typie charakteropatycznego zespołu psychoorganicznego; padaczkę; stany po zapaleniu mózgu i opon mózgowych; stany po zatruciach; miażdżycę; kiłę jak i choroby innych narządów. Uzależnienie alkoholowe jest bardzo istotnym czynnikiem sprzyjającym wystąpieniu tego rodzaju upicia. Zmiany w mózgu będące skutkiem długotrwałej intoksykacji alkoholowej, w wysokim stopniu zbiegają się z następstwami urazów, co przy sprzyjającej sytuacji psychospołecznej i ostrej intoksykacji alkoholowej nieraz skutkuje czynem przestępnym. Można się również spotkać z poglądami, że tłem upicia na podłożu patologicznym mogą być zaburzenia osobowości (psychopatie), nerwice oraz przebyte choroby psychiczne takie jak schizofrenia czy choroba afektywna. Rozpoznawanie jednak w tych przypadkach upicia na podłożu patologicznym budzi poważne wątpliwości. Z tego powodu wielokrotnie wyrażano krytyczny stosunek do praktycznego zastosowania w klasyfikacji omawianego rodzaju upicia odmiennego od zwykłego. Wprost prezentowano pogląd, że „tak można zakwalifikować niemal każde upicie, w którego przebiegu dochodzi do czynów karalnych i diagnozę poprzeć cytatami z piśmiennictwa”. Zasadniczym elementem diagnostycznym w różnicowaniu upić alkoholowych jest dokładna analiza obrazu psychopatologicznego upicia w momencie czynu a więc obraz kliniczny. Pozornie wydawałoby się, że nie ma decydującego znaczenia rodzaj stwierdzanego podłoża patologicznego. Tym niemniej istotne są różnice w natężeniu objawów psychopatologicznych w zależności od

tego, czy stwierdzane podłoże ma związek z organicznym uszkodzeniem mózgu czy też z nerwicą, zaburzeniami osobowości o charakterze psycho lub socjopatycznym czy też przemijającymi stanami reaktywnymi. Z dotychczasowej praktyki sądowo-psychiatrycznej wynika, że termin „upicie na podłożu patologicznym” prowokuje zawężenie procesu diagnostycznego wyłącznie do braku lub obecności podłoża. Pozwala on na zbyt dowolne zaliczenie do tego rodzaju upić alkoholowych również takich – gdzie podłożem są zaburzenia psychiczne nie uwarunkowane organicznie choć obraz kliniczny jest inny. W tej sytuacji najważniejsze jest przyjęcie wśród niezwykle postaci upić alkoholowych, poza upiciem patologicznym, – upicia na podłożu organicznego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (różnicuje obraz kliniczny i „organiczne” podłoże), oraz – upicia atypowego (różnicuje obraz kliniczny i „nieorganiczne” podłoże np. psychopatie, nerwice, stany reaktywne itp.). Uzupełniając kwestię opiniowania o poczytalności w tych przypadkach, najbardziej zasadne jest posługiwanie się kryteriami poczytalności zawartymi w obszarze paragrafu 2 art. 25 Kodeksu Karnego – czyli poczytalności znacznie ograniczonej a w sytuacji szczególnego natężenia objawów psychopatologicznych – kryteriami niepoczytalności zawartymi w paragrafie 1 tego artykułu. W wątpliwych przypadkach, niezwykle istotnym zagadnieniem w opiniowaniu sądowo-psychiatrycznym jest rozgraniczenie czy tylko „niezwykły stan upicia alkoholowego” wpływa na zdolność rozpoznania znaczenia czynu lub zdolność pokierowania swoim postępowaniem, czy też te kryteria poczytalności są upośledzone z uwagi na pierwotne podstawowe schorzenie a alkohol jest jedynie elementem dodatkowym. Nie do rzadkości należy opiniowanie i przyjmowanie niepoczytalności lub poczytalności znacznie ograniczonej niezależnie od spożytego alkoholu, mimo że alkohol „był w czynie obecny”. W tych przypadkach wypowiedanie się na temat poczytalności jest zależne od pierwotnie istniejących zaburzeń psychicznych takich jak psychozy, niedorozwoje umysłowe, zespoły psychoorganiczne, nerwice czy głębokie zaburzenia osobowości. Rola alkoholu jest tu drugorzędna i znaczenie jej może dotyczyć dalszych wniosków w opinii związanych z zastosowaniem środków zabezpieczających i innymi względami społecznymi. Rozpoznanie zespołu zależności alkoholowej (uzależnienia alkoholowego) ma wpływ na opiniowanie

o poczytalności sprawcy w zależności od tego czy zmiany w psychice uzależnionego mają charakter utrwalaony czy też nie. Kiedyś uważało się, że przewlekła choroba alkoholowa wywołuje nieodwracalne zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym, jednak ostatnie doniesienia jakby zmieniły punkt widzenia na tę kwestię. Stwierdzono mianowicie w badaniach tomografią komputerową mózgu, że obecne u przewlekle uzależnionych od alkoholu procesy zanikowe, przy utrzymywaniu długotrwałej wielomiesięcznej abstynencji mają tendencję do cofania się (Scollo-Lavizzari, 1983). W tej sytuacji diagnoza choroby alkoholowej jedynie przy stwierdzeniu wyraźnych klinicznych zmian charakteropatycznych (poalkoholowy zespół psychoorganiczny – charakteropatyczny) może uzasadniać przyjęcie kryterium ograniczonej (od stopnia nieznacznego do znacznego) poczytalności. Nie należy zapominać, że zmniejszenie poczytalności w stopniu nieznacznym może mieć wpływ na wyrok sądu odnośnie wysokości i charakteru orzeczonej kary. W przypadku chronicznego zespołu zależności alkoholowej z degradacją psychiczną i społeczną, przy istnieniu postępujących cech otępienia intelektualnego mamy podstawy do przyjęcia niepoczytalności. Przewlekle uzależnieni od alkoholu najczęściej popełniają przestępstwa przeciwko mieniu, zakłócają porządek publiczny, w mniejszym stopniu mają skłonności do zachowań agresywnych przeciwko zdrowiu i życiu innych – najczęściej wobec własnej rodziny i innych osób z najbliższego otoczenia. Obowiązujące ustawodawstwo obliuguje biegłych psychiatrów do ustosunkowania się w kwestii wyleczenia osoby uzależnionej od alkoholu. Sprawa ta wymaga szczególnej ostrożności w formułowanych wnioskach, które nie mogą być oparte na pewności a jedynie na prawdopodobieństwie. Szansa wyleczenia jest tym mniejsza im większy jest stopień degradacji psychospołecznej uzależnionego i stwierdzanego poalkoholowego zespołu otępiennego. Przyjęcie niepoczytalności w czynie z powodu przewlekłego zespołu zależności alkoholowej wiąże się z zastosowaniem środka zabezpieczającego jeżeli pozostawanie sprawcy na wolności wiąże się z groźbą poważnego niebezpieczeństwa dla porządku prawnego. Należy bardzo wnikliwie rozważać ten warunek zwłaszcza w aspekcie wyboru miejsca internacji i czasu jej trwania. Brak odpowiednich zakładów sprofilowanych na leczenie przewlekle uzależnionych od alkoholu sprawców przestępstw, między innymi przyczynami wpłynął na



krytyczny stosunek biegłych psychiatrów do stosowania przez sądy możliwości umieszczenia sprawcy przed odbyciem kary w zakładzie leczenia odwykowego, jeżeli nastąpiło skazanie za przestępstwo popełnione w związku z nałogowym używaniem alkoholu. Warto w tym miejscu przytoczyć nowe propozycje ustawodawcze. Projekt nowego kodeksu karnego ogranicza zakres stosowania środka zabezpieczającego w przypadku sprawców uzależnionych od alkoholu. Wg projektu sąd może orzec umieszczenie sprawcy w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego gdy został on skazany na karę pozbawienia wolności, bez warunkowego zawieszenia jej wykonania, za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu lub innego środka odurzającego. Dodatkowymi, nie stosowanymi dotychczas warunkami są: wysokie prawdopodobieństwo ponownego popełnienia przestępstwa związanego z tym uzależnieniem oraz kara pozbawienia wolności nie wyższa niż 2 lata (gdy kara jest wyższa omawianego środka nie stosuje się). Obligatoryjne jest również zaliczenie na poczet kary okresu pobytu skazanego w zakładzie. Czas pobytu w zakładzie nie może trwać krócej niż 3 miesiące i dłużej niż 2 lata. Interesująca jest również propozycja stwarzająca możliwość, w zależności od postępów leczenia, skierowania sprawcy na okres próby (6 miesięcy – 2 lata) na leczenie ambulatoryjne w placówce leczniczo – rehabilitacyjnej, oddając go równocześnie pod dozór kuratora, osoby godnej zaufania lub instytucji albo organizacji społecznej, do której działalności należy troska o wychowanie, zapobieganie demoralizacji lub opieka nad skazanym. Sąd może zarządzić ponowne umieszczenie skazanego w zamkniętym zakładzie odwykowym albo w zakładzie karnym, jeżeli skazany w okresie próby uchyla się od poddania leczeniu lub rehabilitacji albo popełni przestępstwo lub narusza porządek prawny albo regulamin placówki leczniczo-rehabilitacyjnej. Powyższe rozwiązanie jest tylko w części zgodne z postulatami psychiatrów domagającymi się przekazania leczenia osób uzależnionych – naruszających prawo do zakładów karnych. Zasługuje ono jednak na rozważenie gdyż zdaje się stwarzać dla skazanego szereg pozytywnych motywacji do podjęcia leczenia odwykowego. W przebiegu przewlekłego zespołu zależności alkoholowej mogą występować zespoły psychotyczne etiologicznie będące następstwem długotrwałej intoksykacji alkoholowej. Skutkują one w każdym przypadku przy-

jęciem kryterium niepoczytalności. W dipsomanii (opilstwie okresowym) najczęściej naruszenia prawa związane są z dokonywaniem kradzieży. Rzadko do czynów karalnych dochodzi w majaczeniu drżennym (delirium tremens), choć niekiedy wyjątkowo mogą mieć miejsce przypadki czynów przeciwko życiu i zdrowiu. Zaburzenia świadomości w delirium są zazwyczaj tak duże, że praktycznie eliminują osoby dotknięte tym zaburzeniem z roli świadków. Halucynozą alkoholową określaną niekiedy jako omamica (hallucinosus potatorum) jest równie rzadką psychozą spotykaną w orzecznictwie sądowo-psychiatrycznym jak poprzednio wymienione. W praktyce opiniodawczej Katedry Psychiatrii AM w Krakowie nie budziło wątpliwości przyjęcie jednak takiej diagnozy w przypadku sprawcy oskarżonego o zabójstwo swojej kilkumiesięcznej córki i innego — o spowodowanie katastrofy w ruchu lądowym z czterema ofiarami śmiertelnymi. Alkoholowy obłąd zazdrości (paranoia alcoholica) jest najczęściej spotykaną psychozą alkoholową w orzecznictwie sądowo-psychiatrycznym. Choć pewne klasyfikacje chorób i zaburzeń psychicznych nie wyodrębniają tej psychozy jako niezależnej jednostki diagnostycznej (przyjmują niezależność zespołu urojeniowego i uzależnienia alkoholowego), wydaje się jednak, że obraz kliniczny tu spotykany, związany z urojeniami zazdrości i zdrady jest na tyle specyficzny w przewlekłym zespole zależności alkoholowej, iż praktyczne posługiwanie się tą diagnozą jest w pełni uzasadnione. Paranoja alkoholowa często skutkuje groźnymi aktami agresji a w tym i zabójstwami nie tylko partnerek sprawców, ale i ich domniemanych kochanków. Psychoza Korsakowa, która rozwija się w przebiegu chronicznego uzależnienia alkoholowego, charakteryzuje się objawami otępiennego zespołu psychoorganicznego z dominującymi deficytami pamięci wypełnionymi konfabulowanymi treściami oraz brakiem krytycyzmu. Sprawcy z psychozą Korsakowa najczęściej popełniają drobne nadużycia finansowe i również nie są wiarygodni jako świadkowie (M. Cieślak, K. Spett, W. Wolter, 1968). Niewątpliwie rozpoznanie jakiegokolwiek psychozy alkoholowej wymaga od biegłych określenia w opinii rokowania, wskazania sposobu i możliwości leczenia. Propozycja zastosowania środka zabezpieczającego musi być zróżnicowaną w zależności od obrazu klinicznego psychozy, winna wskazywać np. oddział psychiatryczny przy areszcie śledczym, rejonowy oddział psychiatryczny czy też dom opieki dla przewlekle chorych z zaburzeniami psychicznymi.

Niniejsze doniesienie jest streszczeniem części teoretycznej pracy na stopień doktora nauk medycznych obronionej w dniu 15 lutego 1991 roku w krakowskiej Akademii Medycznej.

Piśmiennictwo:

Batawia S.: Problematyka orzecznictwa sądowo-psychiatrycznego w przypadkach odurzenia alkoholowego. *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminalistyki*, 1955, nr 6, s. 33-51.

Bergman H., Borg S., Hindmarsh T., Idestrom C.M.: Computed tomography of the brain and neuropsychological assessment of male alcoholic and a random sample from the general male population. W: *Proceedings of the second Magnus Huss Symposium*, Carl Magnus Idestrom, Copenhagen 1980, s. 77-88.

Bilikiewicz T.: *Psychiatria Kliniczna*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1973, s. 200-201.

Bilikiewicz T.: *Psychiatria Kliniczna*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1989, t. 2, s. 140 i s. 386-387.

Bleuler E.: *Lehrbuch der Psychiatrie*, neute Auflage, umgearbeitet von Manfred Bleuler. Springer Verlag, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1955, s. 242-243.

Bresser P., Langelüddeke A.: *Gerichtliche Psychiatrie*. de Gruyter Verlag, Berlin 1976.

Cieślak M., Spett K., Wolter W.: *Psychiatria w procesie karnym*. Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1968.

Costa E.: La vilolenza nella famiglia. *Minerwa psichiatrica*, 1985, t. 20, nr 2, s. 137-142.

Dreszer R.: *Zarys psychiatrii sądowej dla medyków i prawników*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1962, s. 72-75.

Essman W.B.: Drug effects upon aggressive behavior. Extract from *Aggression and Violence: a psychobiological and clinical approach*, proceedings of the first saint vincent special conference, Milano 1981, s. 150-175.

Falicki Z.: *Psychiatria społeczna*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1985, s. 267.

Fleszar-Szumigaj J.: Tzw. upojenie na podłożu patologicznym, upojenia atypowe-powikłane. *Problemy Wymiaru Sprawiedliwości*, 1978, nr 16/2, s. 42-52.

Gierowski J., Heitzman J., Kuśmiderski J., Zięba A.: Odma frakcjonowana mózgu a stan psychiczny sprawców przestępstw. *Psychiatria Polska*, 1982, t. 16, nr 1-2, s. 31-37.

Gierowski J., Heitzman J.: Psychiatric and psychological diagnosis of environment-family conditions among assassins. Book of abstracts, International Family Therapy Conference, Kraków 1990, s. 56.

Heitzman J.: Alkohol a przestępczość. *Problemy Alkoholizmu*, 1983, nr 11, s. 8-9.

Heitzman J.: Trudności w opiniowaniu o poczytalności sprawców działających pod wpływem alkoholu. *Problemy Praworządności*, 1985, nr 6, s. 33-38.

Henne M.: L'état alcoolique — dangereux. Rapport de médecine legale presente au congres de psychiatrie et de neurologie, Masson Editeurs, Lausanne 1965.

Hoff H.: *Lehrbuch der Psychiatrie*. Schwabe, Basel-Stuttgart 1956, t. 1, s. 317.

Hryniewicz L.: Klinika alkoholizmu. w: *Encyklopedyczny Słownik Psychiatrii*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1978, s. 447.

Huszar I.: Zur Frage der gerichtspychiatrischen Begutachtung von durch Alkohol und Medikamente erzeugten Rauchzuständen w: *Der Alkoholiker, Alkoholmissbrauch und Alkoholkriminalität*, VEB

Fischer Verlag, Jena 1979, s. 202-206.

Jaegerman K.: Jeszcze raz o „progu” nietrzeźwości. w: *Materiały konferencji naukowej pt. „Opiniowanie nietrzeźwości po wypadkach drogowych”*, Katowice 1972, s. 58.

Jakliński A., Nasiłowski W., Markiewicz J.: *Zarys sądowo-lekarskiej toksykologii alkoholu etylowego*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1978.

Jarema M., Miazgowska B., Kruszyński S.: Próba oceny zależności między nasileniem objawów psychoorganicznych i zaniku mózgu w alkoholizmie. *Psychiatria Polska*, 1986, t. 20, nr 6, s. 449-453.

Jurczak M.: *Choroby cywilizacji*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1977, s. 305.

*Kodeks Karny*. Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1984.

Kosewski M.: *Agresywni przestępcy*. Wiedza Powszechna, Warszawa 1977.

Korzeniowski L.: *Zarys psychiatrii*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1965, s. 339, 358-360.

Kryspin -Exner K.: *Alkoholismus*, w: *Lexicon der Psychiatrie*, Springer Verlag, Brelin-Heidelberg-New York 1973.

Kozarska-Dworska J., Dworski M.: *Zarys psychiatrii penitencjarnej*. Wrocław 1972.

Lisiewicz J.: *Alkohol a zdrowie i kultura człowieka*. Polska Akademia Nauk, Ossolineum, Wrocław 1986.

Luniewski W.: *Alkoholik w kodeksie karnym*. *Nowiny Psychiatryczne-miesięcznik, Organ Zakładów Psychiatrycznych Polski Zachodniej*, 1924, nr 7, s. 53-61.

Malik K., Ferenc A.: *Upojenie patologiczne i na podłożu patologicznym*. *Acta medica, Towarzystwo Przyjaciół Nauk w Przemysłu* 1977, s. 118-120.

Malinowski A.: *Podstawowe zagadnienia w orzecznictwie sądowo-psychiatrycznym*, Warszawa 1961, s. 110.

Markiewicz J.: *Czym się dzisiaj trujemy?* Polska Akademia Nauk, Ossolineum, Wrocław 1986.

Mendelson G.A., Tkaczewskij J.M.: *Alkoholizm i przestupnost*. Gosjurizdat, Moskwa 1956, s. 69.

Ostrowska K., Milewska E.: *Diagnozowanie psychologiczne w kryminologii*. Akademia Teologii Katolickiej, Warszawa 1986.

Paprzycki L.K.: *Wpływ stanu nietrzeźwości alkoholowej sprawcy na ocenę jego poczytalności w sprawach o umyślne pozbawienie życia człowieka*. w: *Materiały VIII Krajowej Konferencji Sekcji Psychiatrii Sądowej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego*, Cedzyna 1989, s. 48-68.

Pionkowski J., Wojdysławska I., Patura E.: *Upojenie alkoholowe na podłożu patologicznym*. *Psychiatria Polska*, 1975, t. 9, nr 2, s. 161-166.

Przybysz J.: *Propozycja jednolitej klasyfikacji upojeń alkoholowych dla celów orzecznictwa sądowo-psychiatrycznego*. *Problemy Wymiaru Sprawiedliwości*, 1978, nr 3, s. 68-71.

Pyzik J.: *Psychospołeczne czynniki rozwoju uzależnienia alkoholowego*. *Problemy Alkoholizmu*. 1986, nr 3, s. 15-16.

Rauch H.: *Alkoholismus und andere Suchten*. w: *Handwörterbuch der Rechtsmedizin*, Enke, Stuttgart 1974.

Rommeney G.: Die ärztliche Begutachtung der Alkoholdelikte im Rahmen des par. 330a St.G.B. Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin, 1955, nr 4-5, s. 520-536.

Rutkowski R.: Psychiatria sądowa. w: Bilikiewicz T., Psychiatria Kliniczna. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1989, s. 364-398.

Sawicki J., Flatau-Kowalska A.: Alkohol w prawie karnym. Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1958.

Sawicki W.: Alkohol i młodzież. Przejawy, źródła, profilaktyka problemów alkoholowych. Instytut Psychoneurologiczny, Warszawa 1983.

Scollo-Lavizzari G.: Padaczka u alkoholików. Hexagon Roche 1983, r. 10, nr 4, s. 20-24.

Sienkiewicz J.: Ocena skuteczności karnej interwencji sądowej wobec alkoholików znęcających się nad członkami swojej rodziny. Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1985.

Sobkowiak J., Rutkowski R.: Opiniowanie psychiatryczne w stanach upić i uzależnień alkoholowych w postępowaniu karnym. W: Materiały VI Krajowej Konferencji Sekcji Psychiatrii Sądowej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Jadwisin 1987, s. 174-194.

Spett K.: Upojenie patologiczne w orzecznictwie sądowo-lekarskim. Polski Tygodnik Lekarski 1956, t. 11, nr 33, s. 1174.

Szewczyk H., Ochernal, M.: Pathologischen Rausch und pathologische gefärbert Rausch. W: Der Alkoholiker, Alkoholmissbrauch und Alkoholkriminalität. VEB Fischer Verlag, Jena 1979, s. 177-195.

Szymusik A., Leśniak R.: Nietypowe formy upojenia alkoholowego. Problemy Wymiaru Sprawiedliwości 1978, nr 16, s. 53-62.

Thompson G.N.: Acute and chronic alcoholic conditions. W: American Handbook of Psychiatry, Basic Books, New York 1959, s. 1203-1221.

Wilkinson D.A., Carlen P.L.: Relationship of neuropsychological test performance to brain morphology in amnesic and nonamnesic chronic alcoholics. W: Proceedings of the second Magnus Huss Symposium, Carl Magnus Idestrom, Copenhagen 1980, s. 89-101.

Wyss R.: Klinik des Alkoholismus. W: Psychiatrie der Gegenwart, Forschung und Praxis, Springer Verlag, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1960, s. 268-273.