

Prace poglądowe

EMOCJE W STANACH UPICIA ALKOHOLEM

Danuta Hajdukiewicz

Klinika Psychiatrii Sądowej
Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

EMOTIONS IN THE STATE OF ALCOHOL INTOXICATIONS

ABSTRACT – The article reviews literature data indicating that emotional disturbances may be included in the picture of alcohol intoxication, leading to an increased criminogenic role of simultaneous appearance of both states (emotional disturbance and intoxication). Factors determining and intensifying such state are: permanent mental disturbances of organic origin together with either protracted or acute conflict situation preceding the intoxication. Such states considerably complicate the work of forensic psychiatry experts, as illustrated by real life examples.

Key words: physiological affect; affective reaction; organic mental disturbances; conflict situations; effect of alcohol.

W obecnie obowiązującej Międzynarodowej Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania w ICD-10 (11) stan upicia alkoholem określany jest jako ostre zatrucie, czyli „przemijający stan, powstały po spożyciu alkoholu, powodujący zaburzenia świadomości, procesów poznawczych, spostrzegania, afektu lub zachowania albo innych funkcji lub reakcji psychofizjologicznych”, a więc wszystkich funkcji psychicznych, w tym afektu. Objawy tego zatrucia związane są z wielkością dawki alkoholu i nawet w zatruciach niepowikłanych obserwujemy przy małych dawkach alkoholu efekt stymulujący, przy większych podniecenie i agresję, a przy bardzo dużych – działanie silnie sedatywne. Istnieją jednak zatrucia powikłane bądź to zaburzeniami somatycznymi, bądź psychicznymi, mającymi szczególne znaczenie w psychiatrii sądowej. Ponieważ różni ludzie bardzo indywidualnie reagują na alkohol, co zależy od ich stałych właściwości osobniczych – wewnętrznych oraz od aktualnie działających na nich czynników dodatkowych – zewnętrznych, dlatego takie same dawki alkoholu mogą wywoływać różny skutek u różnych ludzi, jak też u tej samej osoby w różnym czasie i w różnych okolicznościach mogą występować różne reak-

cje. Dlatego dla biegłego psychiatry przy ustalaniu postaci upicia (powikłane czy niepowikłane) istotne znaczenie ma obraz upicia, a nie ilość spożytego alkoholu ani jego stężenie we krwi (1, 8, 15, 17).

W tomie zawierającym „Badawcze kryteria diagnostyczne” (12) ICD-10 zawarte są dwie grupy kryteriów szczegółowych dla rozpoznania ostrego zatrucia alkoholem: pierwsza to dysfunkcjonalne zachowanie człowieka pijanego, a druga to objawy somatyczne. Dysfunkcjonalne zachowanie winno być potwierdzone co najmniej dwoma objawami spośród następujących: 1) rozhamowanie, 2) kłótność, 3) agresja, 4) chwiejność afektywna, 5) zaburzona uwaga, 6) zaburzone sądzenie, 7) wpływ na funkcjonowanie indywidualne. Co najmniej trzy objawy z wymienionych (kłótność, agresja, chwiejność afektywna) dotyczą afektu. Podobnie działanie alkoholu widzieli dawniejsi autorzy, np. Batawia (1) stwierdzał, że intoksykacyjne działanie alkoholu na mózg powoduje u osoby nietrzeźwej „dzikość, wybuchowość, agresywność”. Luniewski (15) zauważał, że na aktualny stan afektywny człowieka mogą wpływać czynniki toksyczne, takie jak na przykład alkohol. Zbieg niekorzystnych czynników zewnętrznych i rozhamowujący wpływ alkoholu mogą prowadzić do znacznie nasilonych stanów afektywnych, wyzwalających uczucia przykre: lęku, rozpacz, gniewu, wściekłości, które mogą prowadzić do wyładowań agresywnych, prowadzących do poważnych przestępstw.

Desinger (3) twierdził, że u podłoża przestępstwa z afektu leżą różne „konstelacje konfliktowe”, które autor dzieli na te, które powstają nagle, mają charakter epizodyczny i wiążą się jak najściślej z aktualną sytuacją, w jakiej znalazł się sprawca; oraz te, które poprzedza długa droga rozwojowa.

Uszkiewiczowa (17) podkreślała, że poza alkoholem rolę kryminogenną często odgrywają inne czynniki np. silny afekt wywołany nagłym bodźcem bądź wynikający z długotrwałej sytuacji konfliktowej. Twierdziła ona, że już w początkowej fazie zwykłego upicia alkoholem zauważa się zmiany nastroju, wpływające na zachowanie człowieka: początkowo pogodny nastrój, swobodne zachowanie, łatwość kontaktu z otoczeniem dodaje pewności siebie i zadowolenie, ale narastająca intoksykacja powoduje zachowanie nieopanowane, impulsywne, prowadzące do agresji. Przyjmuje ona różne formy upicia zwykłego: euforyczną – najczęstszą, depresyjną lub gniewliwo-drażliwą zwaną dysforyczną.

Sobkowiak (16) twierdzi, że w obrazie klinicznym każdego stanu upicia alkoholem, niezależnie od jego głębokości i formy, zwykle można zaobserwować różnorodne zaburzenia emocjonalne, o charakterystycznej symptomatyce klinicznej, w których emocje przekraczają ramy stanu fizjologicznego. Wymienia on: 1) Stany euforyzacji – cechujące najczęściej zwykłe upicie alkoholem – charakteryzujące się wzmożonym samopoczuciem, błogostanem, rozhamowaniem psychicznym, gadatliwością, wylewnością, zmniejszeniem wrażliwości na bodźce, upośledzeniem krytycyzmu i wrażliwości etycznej i estetycznej. 2) Stany zwiększonej pobudliwości emocjonalnej i labilności uczuciowej z tendencją do wyzwalania silniejszych emocji. Osoby w tym stanie cechuje wzmożona ksobnosc, prowadząca do zwiększonej wrażliwości i urażliwości na różne, nawet błahe bodźce, traktowane jako wrogie, wywo-

lujące niewspółmierne do ich wagi odczyny emocjonalne. Przeżywają dawniej doznane urazy, krzywdy, pretensje i wyolbrzymiają je, a upośledzenie krytycyzmu przyczynia się do łatwiejszego wyzwalania afektu gniewu i złości, do zachowań impulsywnych i agresywnych. Zwłaszcza u osób z nieprawidłową osobowością spożyty alkohol nasila istniejące trwale zaburzenia osobowościowe. 3) Stany depresyjne z poczuciem smutku, beznadziejności, niezadowolenia, ze skłonnością do płaczliwości, wzruszeniowości i użalania się nad sobą, wyolbrzymiania osobistych problemów i kłopotów z nastawieniami rezygnacyjnymi. Zdarzają się niepokój i podniecenie, bywają tendencje do samouszkodzeń i prób samobójczych. 4) Stany dysforyczne najczęściej jako forma upicia powikłanego (atypowego), ze znacznymi zaburzeniami zachowania, nastrojem rozdrażnienia i gniewu, wybuchowością i skłonnością do nietrzymania afektu, z całkowitym rozhamowaniem emocjonalnym. Bodźce zewnętrzne traktowane są jako wroga prowokacja, prowadzą do gwałtownych reakcji agresywnych, niewspółmiernych do bodźca, a działanie – choć związane z realną sytuacją – nieplanowane i nieprzemyślane. Bodźcem mogą też być intrapsychiczne przeżycia kompleksowe, prowadzące do gniewu, wściekłości i działań agresywnych z zawężeniem i przymgleniem świadomości. 5) Różnego rodzaju stany psychotyczne jako upicie patologiczne: stany majaczeniowe, paranooidalne, paranoiczne, parafreniczne itp. Obok ilościowych zaburzeń świadomości, są też jakościowe zaburzenia myślenia, spostrzegania, a obok nich zaburzenia emocji prowadzące do wyładowań afektywno-ruchowych. Jest to zgodne z ocenami dawniejszych autorów (1, 15, 17), że w upiciu patologicznym spotyka się afekt lęku, gniewu, wściekłości, prowadzący do gwałtownych wyładowań ruchowych z agresją i niszczytelstwem.

Nieco inaczej niż Uszkiewiczowa (17) i Sobkowiak (16), którzy opisali afektywne formy upicia, Heitzman (9) dzieli zwykłe upicie alkoholem na pięć faz, zależnych od ilości spożytego alkoholu, z których trzy pierwsze charakteryzuje zabarwienie afektywne, mające znaczenie dla rodzaju czynów zabronionych, jakie w danej fazie najczęściej są dokonywane. 1) Faza dysforyczna (do 1,0 ‰ alkoholu we krwi) cechująca się poprawą nastroju, zwiększeniem pewności siebie, osłabieniem uwagi, początkowymi zaburzeniami spostrzegania i psychomotorycznymi, w której najczęściej dokonywane są czyny o charakterze przestępstw chuligańskich; 2) Faza euforyczna (1,0-2,0 ‰ alkoholu we krwi), w której występuje zwiększenie napędu psychomotorycznego, ujawnianie działania popędowego, cechy euforii, zwiększone poczucie syntonii, zaburzenia krytycyzmu i sądu, zaburzenia psychosensoryczne, a w której czyny są szczególnie agresywne, jak zabójstwa lub ich usiłowania, gwałty lub podpalenia mające również miejsce w następnej fazie; 3) Faza ekscytacyjna (2,0- 3,0 ‰ alkoholu we krwi), w której dominują przejawy zaniku uczuciowości wyższej i krytycyzmu, pobudzenie psychoruchowe, zaburzenia mowy i równowagi, działania niezborne, zamroczenie i zahamowanie procesów myślowych. Dwie pozostałe fazy: 4) narkotyczna i 5) porażenna nie mają dużego znaczenia sądowo-psychiatrycznego, najwyżej dla toksykologa lub medyka sądowego.

Pewne zdziwienie budzą nazwy pierwszej i drugiej fazy w zestawieniu z opisem stanu psychicznego osoby nietrzeźwej i rodzajem dokonywanych w tych fazach czynów.

Kocur (13) wskazując na bardzo duże indywidualne zróżnicowanie reakcji na alkohol stwierdza, że zależy to od bardzo wielu czynników, ale ostateczna forma i przebieg tej reakcji zależy zarówno od właściwości osobniczych pijącego, jak i oddziałujących na niego czynników zewnętrznych. Chociaż zdrowi ludzie zazwyczaj na alkohol reagują podobnie i powtarzalnie, to zdarza się reakcja nietypowa, którą trudno niekiedy przewidzieć, ale zaznacza się wpływ alkoholu na sferę emocjonalną.

Wielu autorów zwraca uwagę na szczególnie istotną rolę, jaką odgrywa intoksykacja alkoholowa u osób z organicznym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego. Hoche (10) podkreślał wpływ alkoholu na powstanie afektu patologicznego zwłaszcza przy zbiegu niekorzystnych czynników: urazu głowy, wysokiej temperatury otoczenia, wyczerpania fizycznego itp. Wyniki badań Heitzmana (8) nie wskazują, aby organiczne uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego było wyłączną przyczyną szczególnie agresywnych zachowań sprawców działających pod wpływem alkoholu. Równoczesną obecność negatywnych czynników psychospołecznych z okresu kształtowania się osobowości oraz czynników sytuacyjnych tworzących patoplastyczne tło dla zachowań agresywnych i antisocjalnych autor ten uważa za niezwykle ważną. Zachowania szczególnie agresywne zależą od stanu klinicznego (1, 15, 17) w okresie czynu, trwałych cech osobowości sprawcy, ewentualnie podłoża organicznego i sytuacyjnych determinantów społeczno-środowiskowych. Połączenie organicznych uszkodzeń mózgu z intoksykacją alkoholową prowadzi do szczególnie silnego zniesienia czynności hamujących ośrodkowe korowe, co nasila i wydłuża afekt i skutkuje czynami przestępczymi szczególnie agresywnymi. Także Sobkowiak (16) wskazuje, że u osób z organicznym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego „zachodzi zjawisko kumulacji dwóch czynników paraliżujących mechanizmy regulacji zachowania”, intoksykacja alkoholem zakłóca funkcje psychiczne, co dodatkowo obniża mniejszą sprawność ośrodkowego układu nerwowego. Podobnie jak Heitzman (8) uważa on, że „w wyzwaniu kryminogennych reakcji afektywnych często istotną rolę odgrywa współistnienie i wzajemne splatanie się trzech czynników, jakimi są: 1) trwałe, najczęściej organicznej natury defekt osobowości, 2) stan intoksykacji alkoholem oraz 3) prowokujący zewnętrzny bodziec sytuacyjny”.

Langeliddeke (14) proponował odstępianie od terminu „afekt patologiczny” jako przestarzałego i wprowadzenie terminów „silnych i bardzo silnych afektów”. Daszkiewicz (2) proponuje, aby obok podziału na afekty patologiczne i fizjologiczne, używać także podziału na afekty o podłożu patologicznym i o podłożu niepatologicznym. Wychodzi ona z założenia, iż przeważa pogląd, że „afekt patologiczny może zdarzyć się u osoby zdrowej, zwłaszcza w przebiegu procesów biologicznych normalnego ustroju, które są czynnikami dysponującymi. Należą do nich: okres pokwitania, przekwitania, miesiączkowanie, ciąża, poród, laktacja, starość”. Wskazuje też na stwierdzenia psychiatrów, że dokładne wywiady i coraz nowsze i bardziej precyzyjne metody badawcze pozwalają wykryć podłoże patologiczne u człowieka uważanego dotychczas za zdrowego.

Omawiając wpływ alkoholu na afekt sprawcy, który wprawił się w stan odurzenia alkoholem, zwraca ona uwagę na to, że objawy występujące w afekcie charakteryzu-

ją także działanie sprawcy będącego pod wpływem alkoholu, oraz że autorzy opracowań tego tematu wskazują, iż taki wpływ ma każda dawka alkoholu, a niektórzy podkreślają, że już niewielkie dawki alkoholu „działają porażająco na właściwości kory mózgowej”. Rozgraniczanie działań afektywnych od działań w stanach upojenia alkoholowego napotyka na znaczne trudności, jednak zdaniem tej autorki (2) rozgraniczenie to jest konieczne, gdyż upojenie patologiczne to „krótkotrwała choroba psychiczna”, a afekt fizjologiczny to niepatologiczne zakłócenie czynności psychicznych. Prawdłowo zakwalifikowane zabójstwa z afektu są tylko takie, w których chodzi „tylko o działanie w afekcie tych sprawców, którzy nie wprawili się w stan odurzenia powodujący ograniczenie poczytalności, które przewidywali albo mogli przewidzieć”. Zabójstwa w afektach wywołanych odurzeniem alkoholowym, powodującym ograniczenie poczytalności, które sprawca przewidywał albo mógł przewidzieć, nie mogą być traktowane jako uprzywilejowane postacie zabójstw, zaś ten sam afekt fizjologiczny, który spowodował, że czyn został uznany za zabójstwo w afekcie, nie może równocześnie decydować o nadzwyczajnym złagodzeniu kary z tytułu zmniejszonej poczytalności sprawcy.

Badania Gordon i wsp. (6) dotyczące 48 sprawców zabójstw lub usiłowań zabójstw w stanach silnego afektu wskazują na liczne trudności, jakie napotykali biegli psychiatry i psycholodzy przy różnicowaniu stanów afektywnych. Najmniej trudności diagnostycznych sprawiały stany dysforyczne i ocena wpływu na nie alkoholu, najpoważniejsze trudności nastroczała ocena wpływu alkoholu na afekty fizjologiczne, w tym silne wzburzenie, a zwłaszcza kategoryczne odróżnianie wpływu alkoholu od wpływu innych czynników na powstanie afektu, czego oczekiwał sąd.

Na uwagę zasługuje praca Fleszar-Szumigajowej i wsp. (5), które przeprowadziły analizę opinii sądowo-psychiatrycznych 170 sprawców zabójstw, obserwowanych w Klinice Psychiatrii Sądowej IPN w Pruszkowie w dziesięciolecie 1953-1962. Sprawcy ci dokonali 229 zabójstw, gdyż 36 z nich (21 %) zabiło więcej niż 1 osobę (dwie z nich zabiło jednorazowo po 7 osób). Połowa ze 170 sprawców (53%) we wszystkich grupach diagnostycznych działała po użyciu alkoholu. Wszyscy działali z motywów seksualnych a u znacznej większości motywem była zazdrość. Ten motyw dotyczył 23% sprawców rekrutujących się ze wszystkich grup diagnostycznych, ale najwięcej w grupie alkoholizmu i psychopatii (wg ówczesnej terminologii). Zazdrość nie miała tu charakteru urojeniowego i często towarzyszyły jej inne negatywne uczucia, związane z zadawnionymi konfliktami między partnerami seksualnymi. Trzecim motywem była chęć zysku (18 badanych – 15%), inne były w pojedynczych przypadkach.

Czternastu sprawców z rozpoznaniem alkoholizmu przewlekłego (dawny termin) dokonywało zabójstwa po użyciu alkoholu. Spośród nich u 9 motywem była zazdrość nie urojona, na tle rozkładu pożycia małżeńskiego, a do wybuchu agresji dochodziło najczęściej w trakcie jednej z wielu awantur. Mniej liczne (5 sprawców) były „motywy alkoholowe” opisane przez autorki: „sprawca z poczuciem siły i znaczenia, drażliwy i zaczepny, zabija osobę najczęściej przypadkową, usiłującą przeciwstawić mu się słownie lub czynnie”.

Sprawców z rozpoznaniem stanów wyjątkowych było 22: u 3 rozpoznano afekt patologiczny, u 9 stany zbliżone do afektu patologicznego, a u 10 upicie alkoholem

patologiczne. Wszystkie czyny charakteryzowała ogromna siła i rozmiar wyładowania agresywnego, czego wyrazem były „zabójstwa zbiorowe”, trzy razy częstsze niż u pozostałych sprawców – 22 sprawców dokonało 47 zabójstw. Zachowania te kontrastowały z cechami osobowości sprawców, zwłaszcza w grupie upicia patologicznego, którzy na co dzień byli nieśmiali, lękliwi, ustepliwi. Dla sprawców działających w afekcie patologicznym lub stanach zbliżonych do niego istotną rolę odgrywała poprzedzająca czyn długotrwała sytuacja konfliktowa. Ofiarami były przeważnie osoby bliskie.

Podobne badania Hajdukiewicz i wsp. (7) z lat 1985-1990 wykazały, że w analizowanej grupie 65 sprawców, głównie czynów przeciwko życiu i zdrowiu, ale też podpaleń, działających w stanie silnych afektów fizjologicznych bądź afektów wykraczających poza obręb fizjologii, czynnikami sprzyjającymi powstaniu stanów afektywnych były:

- 1) trwałe podłoże organiczne lub odchylenia osobowościowe,
- 2) długotrwała sytuacja konfliktowa poprzedzająca czyn karalny,
- 3) urażające czynniki sytuacyjne działające na sprawcę bezpośrednio w okresie krytycznym,
- 4) spożyty alkohol (nawet w małych ilościach) odgrywał rolę stymulatora.

Zbieg tych niekorzystnych czynników sprzyjał powstawaniu przykrych emocji, doprowadzając do niebezpiecznych zachowań dotkniętych nimi osób.

Opiniowanie sądowo-psychiatryczne i sądowo-psychologiczne dostarcza nam stale przykłady drastycznych czynów agresywnych, z dużym udziałem zabójstw, dokonywanych w stanach różnych form upicia alkoholem z udziałem silnych emocji. Mimo wielu doniesień na ten temat, okresowych konferencji, zaskakują nas często w praktyce nowe, nieprzewidziane okoliczności i fakty, wymagające głębszej analizy sprawy, sięgania po doświadczenia własne i autorów doniesień na ten temat. Większość autorów (4, 5, 6, 7, 13, 16, 17) wyraża pogląd, że opiniowanie w tych sprawach jest trudne. Fleszar-Szumigajowa (3) stwierdza, że unormowania prawne wymagają jednoznacznych ocen, podczas gdy w przypadkach czynów w afekcie uwidacznia się umowność przyjętych kryteriów i ich niemedyyczny lecz prawno-normatywny charakter. Powoduje to, że „ocena wpływu stanu psychicznego na zdolność kierowania swoim postępowaniem, zagadnienie czy sprawca mógłby zaniechać swego działania, czy mógłby i w jakim stopniu kontrolować swoje zachowanie – jest oceną subiektywną, a nie stwierdzeniem empiryczno-naukowym”.

Jako ilustrację wskazanych trudności opiniowania sądowo-psychiatrycznego przedstawiam przykład 59-letniego (w okresie czynu) mężczyzny, oskarżonego o usiłowanie zabójstwa uczestnika uroczystości rodzinnej, podczas której podawano do obiadu alkohol. Po obiedzie pokrzywdzony, znany z agresywnych zachowań po spożyciu alkoholu, przejawiał wyraźne objawy upicia i zachowywał się coraz bardziej zaczepnie i agresywnie, w tym wobec dzieci i kobiet. Oskarżony, uważając się odpowiedzialny za gości, interweniował. Doszło do bójki między nim a poszkodowanym, w trakcie której oskarżony użył noża raniąc kilkakrotnie pokrzywdzonego. Wyjaśniał później, że nie czuł się pijany, chciał uspo-

koici pokrzywdzonego, nie pamięta, że uderzał go nożem ani szczegółów zajścia, „gdyż byłem po użyciu alkoholu”.

Badający go ambulatoryjnie biegli psychiatrzy i psycholog stwierdzili objawy rozpoczynającego się procesu psychoorganicznego (chwiejność emocjonalna, drażliwość, zaburzenia procesów poznawczych w tym pamięci świeżej i trwałej), a alkohol odegrał rolę „czynnika nasilającego nieprawidłową reakcję u osoby z uszkodzeniem o.u.n., która nigdy dotąd nie reagowała tak na niewielką dawkę alkoholu”. Badania alkometem kilka godzin po czynie wykazało 1,3‰ alkoholu w wydychanym powietrzu. Psycholog stwierdził „dobry poziom intelektualny”, rozpoczynający się zespół psychoorganiczny, upośledzający zdolność kontroli intelektualnej nad działaniami impulsywnymi oraz „sytuację silnego wzburzenia usprawiedliwionego okolicznościami” i mimo że wydawałoby się, iż oceny psychiatrów i psychologa są zbieżne, we wnioskach psychiatrzy napisali, że stwierdzają u badanego zaburzenia psychiczne pod postacią procesu psychoorganicznego otępiennego i upojenia na podłożu patologicznym, co ograniczało w znacznym stopniu jego poczytalność wobec zarzucanego mu czynu.

Sąd podzielił zarzut obrony, że opinia jest wewnętrznie sprzeczna i oparta o niepełne badania, zażądał opinii uzupełniającej, w której biegli stwierdzili, że zespół psychoorganiczny jest bardziej zaawansowany niż pierwotnie stwierdzali, a tempore criminis zadziałał silny bodziec sytuacyjny, powodując wystąpienie u badanego afektu patologicznego, znoszącego jego poczytalność.

Sąd powołał drugi zespół biegłych psychiatrów i psychologa. Psycholog tego zespołu podzielił oceny psychologa poprzedniego (bez upośledzenia umysłowego), dysfunkcje o charakterze zmian organicznych o.u.n., a w chwili czynu silną reakcją emocjonalną, dominującą nad jego mechanizmami regulującymi zachowanie, odpowiadającą pojęciu silnego wzburzenia, która mogła pojawić się również w okresie trzeźwości.

Psychiatrzy wypowiedzieli się dopiero po dwutygodniowej obserwacji szpitalnej stwierdzając „rozpoczynający się zespół psychoorganiczny w fazie neurastenicznej”, a w chwili czynu „stan silnego wzburzenia (w jego prawnym rozumieniu), będący reakcją na zaistniałą sytuację”. Nie wypowiedzieli się na temat poczytalności.

Pierwszy zespół psychiatrów po zapoznaniu się z opinią drugiego zespołu podzielił w pełni ich opinię uzasadniając, że w trakcie obserwacji biegli mieli większe możliwości oceny.

Obecnie obrona zarzuciła pierwszemu zespołowi trzy odmienne opinie, a drugiemu, że nie wypowiedział się na temat poczytalności, chociaż psycholog wskazywali, że zaburzenia emocjonalne upośledzały zdolność kontroli intelektualnej nad działaniami impulsywnymi.

Sąd powołał kolejny zespół psychiatrów i psychologa z Kliniki Psychiatrii Sądowej IPiN w Pruszkowie, którzy nie stwierdzili u badanego objawów choroby psychicznej ani upośledzenia umysłowego, lecz inne zakłócenia czynności psychicznych – organiczne zaburzenia psychiczne pod postacią organicznej chwiejności afektywnej i łagodnych zaburzeń procesów poznawczych (co odpowiada w dawnej ter-

minologii rozpoczynającemu się procesowi psychoorganicznemu), w czasie czynu wystąpiła u niego silna reakcja emocjonalna pod postacią spiętrzenia emocji, a następnie ich „nietrzymania” skutkującego agresją, u podłoża której były wyżej opisane organiczne zaburzenia psychiczne oraz czynnik sytuacyjny, bezpośrednio poprzedzający reakcję. Naszym zdaniem reakcja ta ograniczała jego zdolność rozpoznania znaczenia czynu i kierowania swoim postępowaniem w stopniu znacznym (w rozumieniu art. 31 § 2 k.k.). Naszym zdaniem, choć w okresie krytycznych wydarzeń badany znajdował się w stanie nietrzeźwości alkoholowej, to ograniczenie poczytalności było wynikiem wpływu silnych emocji, a alkohol jedynie dodatkowo rozhamowywał mechanizmy kontrolne.

Podczas rozprawy sądowej pierwszy zespół biegłych przychylił się do naszej opinii, drugi pozostał przy swojej nie uzasadniając tego bliżej. Uzyskaliśmy informację, że sąd przyjął wnioski naszej opinii.

STRESZCZENIE

Przedstawiono dane z piśmiennictwa wskazujące, że zaburzenia emocji zawarte są w obrazie upicia alkoholem, co zwiększa kryminogenną rolę zbiegu tych stanów (emocji i upicia). Czynniki warunkującymi i nasilającymi jest trwale podłoże w postaci organicznych zaburzeń psychicznych oraz poprzedzająca je długotrwała sytuacja konfliktowa lub bezpośrednio poprzedzająca. Stany te znacznie utrudniają opiniowanie sądowo-psychiatryczne, co zilustrowano przykładem z praktyki biegłych.

Słowa kluczowe: afekt fizjologiczny, reakcja afektywna, zaburzenia psychiczne organiczne, sytuacje konfliktowe, wpływ alkoholu.

PIŚMIENNICTWO

1. Batawia S.: *Problematyka orzecznictwa sądowo-psychiatrycznego w przypadkach odurzenia alkoholowego*. Arch. Med. Sąd. Psych. Sąd. Kryminalist. 1955, 6, 33-51.
2. Daszkiewicz K.: *Przestępstwa z afektu w polskim prawie karnym*. Wyd. Praw. Warszawa 1982.
3. Desinger I.: *Der Affekttaler*. Berlin, New York. 1977.
4. Fleszar- Szumigajowa J.: *Afekty kryminogenne*. Psychiatr. Pol. 1975, 9, 509-515.
5. Fleszar-Szumigajowa J., Psarska A.D., Szybińska J.: *Analiza przypadków zabójstw w materiale sądowo-psychiatrycznym*. Neurol. Neurochir. Psychiatr. Pol. 1966, 16, 1185-1192.
6. Gordon T., Milewska E., Majchrzyk Z., Hajdukiewicz D.: *Ocena wpływu alkoholu na afekty kryminogenne w orzecznictwie sądowo-psychiatrycznym*. W: Majchrzyk Z., Gordon T., Milewska E. (red.): *Materiały IX Krajowej Konferencji Sekcji Psychiatrii Sądowej PTP „Stany afektywne w opiniowaniu sądowym psychiatryczno-psychologicznym. Sekcja Psychiatrii Sądowej PTP, Warszawa 1991, 165-195.*
7. Hajdukiewicz D., Ciszewski L., Więckiewicz J.: *Orzecznictwo sądowo-psychiatryczne w stanach afektywnych, opiniowanych w Klinice Psychiatrii Sądowej w Pruszkowie w latach 1985-1990*. W: Majchrzyk Z., Gordon T., Milewska E. (red.): *Materiały IX Krajowej Konfe-*

- rencji Sekcji Psychiatrii Sądowej PTP „Stany afektywne w opiniowaniu sądowym psychiatryczno-psychologicznym. Sekcja Psychiatrii Sądowej PTP, Warszawa 1991, 117-121.
8. Heitzman J.: *Zaburzenia afektywne w następstwie urazów czaszkowo-mózgowych u pijanych przestępców*. W: Majchrzyk Z., Gordon T., Milewska E. (red.): *Materiały IX Krajowej Konferencji Sekcji Psychiatrii Sądowej PTP „Stany afektywne w opiniowaniu sądowym psychiatryczno-psychologicznym”*. Sekcja Psychiatrii Sądowej PTP, Warszawa 1991, 143-157.
 9. Heitzman J.: *Upicie alkoholowe jako przedmiot ekspertyzy sądowo-psychiatrycznej*. W: Gierowski J.K., Szymusik A. (red.): *Postępowanie karne i cywilne wobec osób zaburzonych psychicznie*. CMUJ, Kraków 1996, 92-115.
 10. Hoche A.: *Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie*. 1934. Berlin 301-302.
 11. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. World Health Organization 1992. Uniwersyteckie Wyd. Med. „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii. Kraków-Warszawa 1997.
 12. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. World Health Organization. Uniwersyteckie Wyd. Med. „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii. Kraków-Warszawa. 1998.
 13. Kocur J.: *Wpływ alkoholu na stan emocjonalny – aspekty sądowo-psychiatryczne*. W: Majchrzyk Z., Gordon T., Milewska E. (red.): *Materiały IX Krajowej Konferencji Sekcji Psychiatrii Sądowej PTP „Stany afektywne w opiniowaniu sądowym psychiatryczno-psychologicznym*. Sekcja Psychiatrii Sądowej PTP, Warszawa, 1991. 129-133.
 14. Langeliiddeke A.: *Gerichtliche Psychiatrie*. wyd. III. Berlin 1971.
 15. Łuniewski W.: *Zarys psychiatrii sądowej. Część ogólna*. PZWL, Warszawa 1950, 94-104.
 16. Sobkowiak J.: *Rola alkoholu w wyzwaniu kryminogemnych reakcji afektywnych*. W: Majchrzyk Z., Gordon T., Milewska E. (red.): *Materiały IX Krajowej Konferencji Sekcji Psychiatrii Sądowej PTP „Stany afektywne w opiniowaniu sądowym psychiatryczno-psychologicznym”*. Sekcja Psychiatrii Sądowej PTP, Warszawa 1991, 135-141.
 17. Uszkiewiczowa L.: *Alkoholizm w orzecznictwie sądowo-psychiatrycznym*. W: Skala J.: *Alkoholizm*. PZWL, Warszawa 1966, 180-202.