

НАУЧНО-ПОПУЛЯРНОЕ ИЗДАНИЕ
БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОГО ФОНДА
РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ
НАРКОМАНИЕЙ

«НАРКОМ»



ПРОФЕССОР ИВАН ВВЕДЕНСКИЙ:

« Во всех случаях судебная экспертиза в вопросе об ответственности и о мерах воздействия в отношении алкоголиков должно учи-

тывать всю сумму моментов, связанных как с защитой общества от антисоциальных элементов, так и с целесообразностью мер судебного или медицинского воздействия. »

« Если кто-либо, привычным образом употребляющий спиртные напитки или иные опьяняющие средства, по поводу деяния, которое он совершил в опьянении, или за полное опьянение присуждается к наказанию и его помещение в учреждение необходимо для того, чтобы приучить его к закономерной и упорядоченной жизни, то суд определяет помещение (в лечебное учреждение) »



« Новая трезвость является результатом не зарков, не моральных поучений, не запретительных мероприятий, она вырастает органически, как результат нового сознания личности, формирующегося в процессе новой жизни с ее иными, чем прежде, интересами

и стимулами, иными трудовыми установками, другим смыслом существования и пафосом деятельности »

О ВМЕНЯЕМОСТИ АЛКОГОЛИКОВ

Профессор Введенский И. Н.
НИИ судебной психиатрии
им. Сербского.
Судебно-психиатрическая экс-
пертиза, ее практика и задачи,
ОГИЗ, Москва, 1935 г.

Об авторе 1

I – Алкоголь относится к наркотическим ядам 2

II – Тесная связь правонарушений алкоголиков с бытом 3

III – Переходя к отдельным болезненным состояниям 4

IV – Мы остановились на трех болезненных состояниях 6

V – Каким же должен быть путь законодательной борьбы 8

VI – В отношении случаев, по своему характеру явно исключая ответственность 8

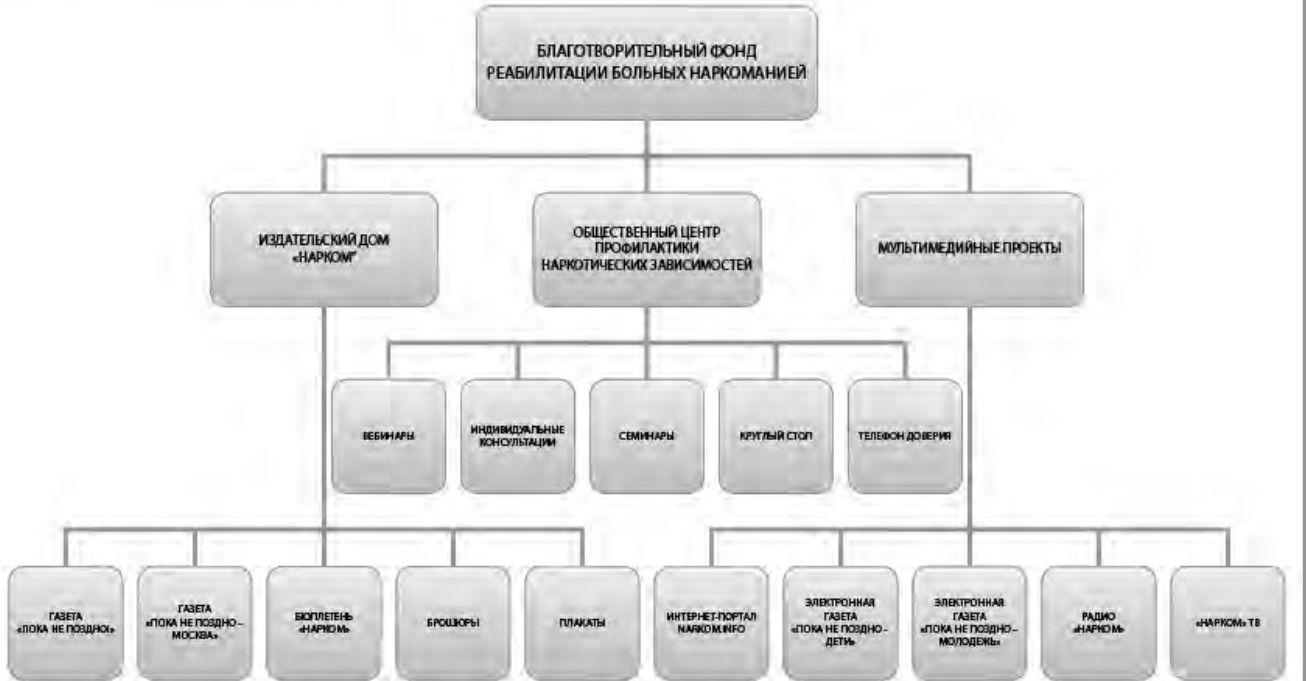
Список работ 16



БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ



СТРУКТУРА БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОГО ФОНДА «НАРКОМ»



БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ



КОНТАКТЫ

Наш адрес: 125047, г. Москва, ул. 3-я Тверская-Ямская, д. 26
 Телефон горячей линии: +7 (499) 2-500-500
 Телефон/Факс благотворительного фонда: +7 (499) 250-23-06
 Телефон издательского дома: +7 (499) 250-38-08
 E-mail благотворительного фонда: fond@narkom.info
 E-mail издательского дома: prp@narkom.info
 Skype: [bf2500500](https://www.skype.com/name/BF2500500)
 ICQ: 592597419
 Livejournal «НАРКОМ»: <http://bf2500500.livejournal.com>
 «НАРКОМ» ВКонтакте: <http://vkontakte.ru/club19733902>
 «НАРКОМ» на facebook: <http://www.facebook.com/bfnarkom>
 «НАРКОМ» в twitter: <http://twitter.com/BFNARKOM>



О ВМЕНЯЕМОСТИ АЛКОГОЛИКОВ

**Профессор Введенский И.Н. «О вменяемости алкоголиков».
НИИ судебной психиатрии им. Сербского. Судебно-психиатрическая экспертиза,
ее практика и задачи, ОГИЗ, Москва, 1935 г.**

Об авторе

Иван Николаевич ВВЕДЕНСКИЙ

04/17 января 1875 г. – родился в г. Рыбинске Ярославской губернии в семье служащего почтово-телеграфного ведомства.

1895 г. – поступил на медицинский факультет Юрьевского Университета.

1897 г. – переведен в Московский университет.

1900 г. – окончил МУ со степенью лекаря.

Начал работать врачом в санатории «Аляхово» для нервнобольных приватдоцента А.А.Токарского, затем в частной лечебнице для душевнобольных М.Ф. Беккер.

1902 г. – зачислен сверхштатным ординатором психиатрической клиники Московского университета.

1910–1916 г. – ответственный редактор журнала «Современная психиатрия».

1922 г. – зачислен в центральный институт судебной психиатрии им. проф. В.П. Сербского, где проработал до **1959 г.**, в должности зав. клинич. отделом, председателем Амбулатор. комиссии, зам. председателя Стационар. комиссии.

1935 г. – присвоено звание профессора и степень доктора медицинских наук.

1947 г. – награжден Орденом «Знак почета» Президиума Верховного Совета СССР.

1951 г. – награжден Орденом Ленина
3-мя медалями: «За оборону Москвы», «За доблестный труд», «В память 800-летия Москвы».

Имеет свыше 70 научных статей, опубликованных в отечественных и зарубежных изданиях.



Алкоголь относится к наркотическим ядам

и из всех тканей и органов тела имеет наибольшее сродство к нервной системе. Необходимо различать действие однократного приема алкоголя и влияние длительного употребления.

Уже простое, так называемое «нормальное» опьянение, с его усилением двигательных импульсов и аффективных разрядов, с одновременным ослаблением деятельности высших контролирующих и регулирующих центров, легко приводит к целому ряду криминальных действий. Иногда в зависимости от условий, то стойких и постоянных (конституциональные особенности, наличие артериосклероза, невроза, душевной болезни), то случайных (утомление, голод, душевное потрясение, регулы и т. п.), опьянение настолько уклоняется от обычного типа, принимает характер столь болезненный, что получает название «патологического опьянения» *.

Характеризуясь обычно затемнением сознания, чрезвычайным возбуждением и агрессивнo-автоматическим поведением, патологическое опьянение часто дает повод к чрезвычайно тяжелым преступлениям: убийствам, телесным повреждениям, изнасилованиям, поджогам и т. п. и потому представляет особый интерес в судебно-медицинском отношении.

Длительное употребление, т. е. злоупотребление спиртными напитками является источником целого ряда болезненных состояний, то острых и скоропреходящих, то затяжных или хронических, которые часто приводят к правонарушению.

**. Понятие «патологическое опьянение» следует признать не вполне удачным. Однако оно заняло прочное место в науке и притом имеет свою практически ценность. Было бы неправильным заключение, что, рассматривая временное расстройство психической деятельности, вызванное алкоголем, и называя его состоянием «патологического опьянения», мы тем самым идем вразрез с примечанием к ст. 11 УК РСФСР, по смыслу которого на состояния, вызванные алкоголем эта статья не распространяется. Такое противоречие имело бы место, если бы мы под «патологическим опьянением» понимали количественную ступень, тяжесть, глубину опьянения. В действительности же патологическое опьянение включает в себе моменты, находящиеся не только в прямой связи с влиянием алкоголя. Реакция на алкоголь при патологическом опьянении носит необычный характер. Появляется нечто качественно иное, алкоголь оказывается провоцирующим моментом. Наиболее характерны в этом смысле исключительные состояния у эпилептиков, провоцируемые алкоголем. Точнее было бы и в других случаях говорить о патологическом опьянении тогда, когда акцент падает на патологическую почву, причем алкоголь является поводом к выявлению ее. Однако мы не располагаем в настоящее время сколько-нибудь удачным термином, который можно было бы поставить на место «патологического опьянения».*



На первом месте стоит хронический алкоголизм с различными по степени и качеству изменениями психической личности от более легких форм психической деградации до так называемого алкогольного вырождения и алкогольного слабоумия, приводящих к ослаблению этических чувств, к слабости воли и упадку работоспособности и в связи с этим к преступлениям корыстного характера. Аффективная возбудимость и грубая раздражительность влекут за собою проступки против личности и порядка; подозрительность и склонность к ревнивым представлениям (до степени бреда ревности) служат источником столь частых у алкоголиков убийств и поранений жен; общее огрубение и душевная тупость, при одновременном повышении половой возбудимости, дают место половым преступлениям.

Наиболее тяжелая форма алкоголизма – запой (dipsomania), в типических случаях столь резко изменяющая психическое состояние и поведение дипсомана, нередко сопровождается деликтами, вытекающими, с одной стороны, из неуправляемой потребности в алкоголе, а с другой – из забвения служебных и общественных обязанностей. На почве хронического алкоголизма, обыкновенно в связи с конституциональными особенностями или наличием эпилепсии, травмы, артериосклероза и т. д., развиваются состояния временного расстройства душевной деятельности (сумеречные состояния, патологический аффект, патологическое опьянение, вообще скоропреходящие состояния пси-

хического автоматизма), которые ведут к тяжелым преступлениям против личности в форме убийств, телесных повреждений, нападения на должностных лиц и т. п. Подобные же преступления совершаются хроническими алкоголиками в острых галлюцинаторно-бредовых расстройствах - белой горячке и алкогольном галлюцинозе - как реакция на обманы чувств и бредовые переживания. Исходные состояния после алкогольных психозов с характером психического упадка сопровождаются часто социальной деградацией (нищенство, бродяжничество, проституция и другие формы социального паразитирования).

Мы не считаем нужным говорить здесь подробнее о формах алкогольной преступности, которая не исчерпывается, конечно, сказанным выше. Мы хотели бы только подчеркнуть тот факт, что центр тяжести алкогольной преступности лежит, во-первых, в ослаблении социальных и трудовых навыков под влиянием алкоголизма, а, во-вторых, в тех опасных скоропреходящих состояниях, которые, как сказано выше, развиваются в связи с опьянением или длительным злоупотреблением алкоголем и ведут к социально тяжким правонарушениям. В этом отношении преступления алкоголиков, как нам приходилось указывать в одной из предыдущих работ, далеко оставляют за собою деликты других наркоманов, главным образом, кокаинистов, проступки которых в общем гораздо бледнее, одностороннее и социально значительно безобиднее.

II

Тесная связь правонарушений алкоголиков с бытом

и социальными условиями, с одной стороны, – чрезвычайное разнообразие по степени и качеству тех болезненных состояний, с которыми они в той или иной мере связаны, с другой – крайне затрудняют их правильную оценку в смысле определения степени ответственности их носителей.

Расширение и углубление психиатрических знаний в значительной мере стерло грани, всегда более или менее условные, между душевным здоровьем и душевной болезнью, а также между отдельными болезненными формами и состояниями. От эксперта-психиатра требуется теперь не просто формальное определение вменяемости или невменяемости, но и оценка всей личности правонарушителя в ее реакциях на социальную среду в настоящем, предвидение социального поведения в будущем (социальный прогноз) и указание суду, в пределах специальной компетенции, мер воздействия, которые давали бы достаточную гарантию безопасности для общества и могли, по возможности, вести к социальному оздоровлению преступника.

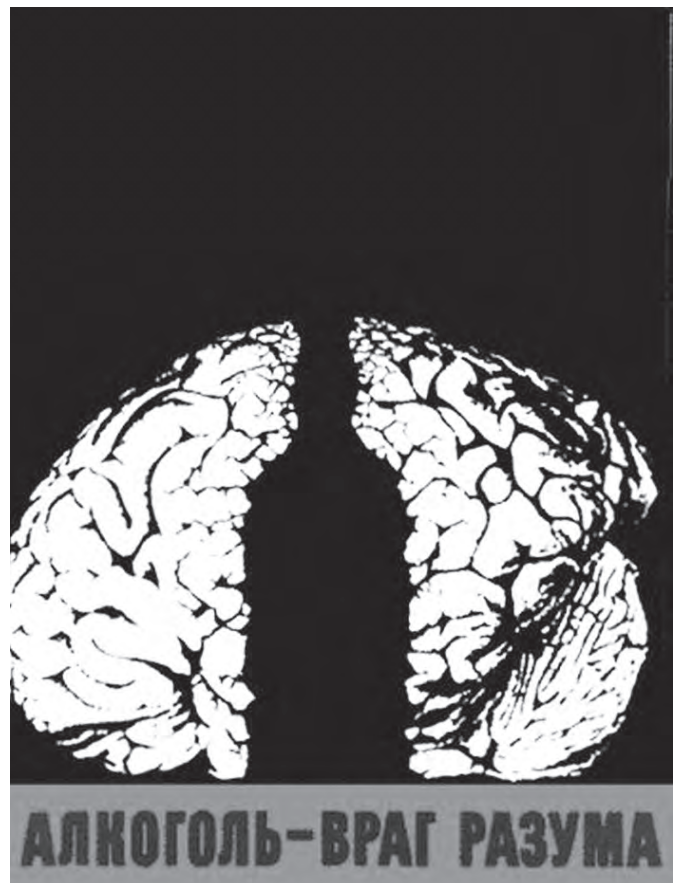
Ни одна категория правонарушителей, за исключением может быть психопатов, не представляет таких

затруднений для суда и для экспертизы, с точки зрения установления ответственности и целесообразных мер воздействия, как некоторые категории алкоголиков и вообще лица, преступления которых связаны с алкоголем.

В настоящей работе мы хотели бы отметить трудности, наиболее часто испытываемые экспертом-психиатром в отношении преступников-алкоголиков, и попытаться по возможности наметить пути к выходу из этих затруднений в соответствии с требованиями жизни, реальными возможностями и основными принципами советского законодательства.

Обсуждению естественно не подлежит целый ряд болезненных состояний как острых, так и хронических, в отношении которых вопрос об ответственности решается более или менее легко и просто. Это хронические алкогольные психозы с характером выраженного органического процесса: алкогольное слабоумие и корсаковский психоз, судебно-психиатрическое значение которых, в особенности последнего (в силу его редкости), очень незначительно.

Из заболеваний с более или менее хроническим течением, но в противоположность первым двум представляющих гораздо большую опасность, следует отметить алкогольный бред ревности; это заболевание является условием, исключающим ответственность и требующим серьезных мер медицинского характера. Сюда же относится и типическая дипсомания (запой), которая по своей конституциональной основе (эпи-



лепсия, маниакально-депрессивный психоз), по периодическому неодолимо-импульсивному влечению к алкоголю и по резкому изменению всего психического состояния в запойном приступе приравнивается к периодическому психозу и естественно исключает ответственность за деликты в периоде запоя. В остальное время, вне приступа, диссоман может и должен считаться ответственным за свое поведение.

Острые алкогольные психозы-белая горячка, острый и подострый галлюциноз-признаются обычно исключаящими ответственность. Это положение, будучи правильным вообще, тем не менее, как нам кажется, требует некоторого ограничения, по крайней мере в отношении белой горячки. Но об этом подробнее будет сказано ниже, при оценке критериев ответственности в скоропреходящих расстройствах душевной деятельности алкогольного происхождения.

Нет надобности доказывать, что ответственность отпадает и в тех случаях, где злоупотребление вином или болезненное расстройство, с ним связанное, являются вторичными по отношению к другому душевному заболеванию, которое оказывается основным, совершенно самостоятельным, но часто настолько маскируется алкогольным наслоением, что не так легко просматривается (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, органические психозы).

Правильная оценка таких сложных случаев оказывается особенно важной там, где дело идет о шизофрении, скрывающейся за алкогольным обликом. Шизофренический процесс часто протекает мягко, медленно и малоощутимо, давая впечатление хронического алкоголизма, алкогольного галлюциноза или, что особенно важно, скоропреходящих расстройств: патологического опьянения, сумеречного состояния и т. п. Опыт института им. Сербского показывает сравнительную частоту правонарушений шизофреников под влиянием алкоголя, нередко очень тяжелых, причем правильная оценка таких случаев оказывается очень нелегкой и иногда дает повод к печальным ошибкам: преступление признается экспертизой совершенным или первичным пьяницей, или в состоянии простого опьянения, правонарушитель объявляется ответственным, а затем в месте заключения, иногда спустя значительное время, выявляет свою шизофрению. Подробнее об этой категории случаев, представляющих помимо практического значения и большой теоретический интерес, мы надеемся сказать в другом месте.

В отношении указанных болезненных форм вопрос об ответственности принципиально и практически разрешается без особых затруднений. Настоящий же *status medicorum forensicorum* представляют чрезвычайно многочисленные случаи, в которых дело идет о состояниях опьянения, о скоропреходящих эпизодических изменениях душевной деятельности (*Ausnahmestand*) алкогольного происхождения и в особенности о хроническом алкоголизме разных степеней. Трудность, доходящая иногда почти до безвыходности, как в отношении

установления степени ответственности, так в указании целесообразной меры воздействия, зависит здесь от ряда причин. Во-первых, здесь играют роль терминологические неясности и отсутствие единообразного понимания тех или иных болезненных явлений и состояний, а также недостаток надежных критериев их степени, значения и достоверности. Затем, существование бесчисленных переходных, abortивных и промежуточных случаев, с их спорными и расплывчатыми границами. Наконец, что самое главное, явное несоответствие, в конкретных случаях, степени ответственности и вытекающей отсюда меры воздействия требованиям целесообразности как с точки зрения безопасности общества, так и интересов самого правонарушителя.

III

Переходя к отдельным болезненным состояниям,

наичаще встречающимся эксперту и представляющим наибольшую трудность, начнем с опьянения.

Опьянение, острое отравление алкоголем, хорошо знакомое из повседневной жизни, с формально медицинской точки зрения может быть рассматриваемо как душевное расстройство, близкое к маниакальному состоянию. Практически эксперту приходится стоять на совершенно иной точке зрения и признавать, что даже тяжелое по степени и форме, опьянение не исключает вменяемости. И это понятно. В отличие от других интоксикаций (не наркоманических) субъект приводит себя в такое состояние произвольно, зная обычно по опыту о свойствах и последствиях алкогольного опьянения. Преступление, совершенное в опьянении, не может быть оправдано другим проступком, каковым с социальной точки зрения, несомненно, является опьянение. Признание обычного «нормального» опьянения моментом экскульпирующим, со всеми вытекающими отсюда последствиями, неприемлемо и вредно. В соответствии с этим в большинстве действующих европейских законодательств опьянению, как таковому, если оно не является «патологическим», не придается значения момента, исключающего или даже понижающего ответственность. Уголовный кодекс РСФСР (редакции 1926 г.), в особом примечании к ст. 11 подчеркивает, что «действие этой статьи (исключающей применение мер судебно-исправительных по психическому состоянию) не распространяется на лиц, совершивших преступление в состоянии опьянения». По тому же пути идут и кодексы других советских республик (Белорусской, Грузинской, Армянской и др.).

Однако, несмотря на полную определенность закона, практически очень трудно оставаться на чисто формальной позиции в отношении правонарушений, совершаемых в опьянении. Здесь, как и всюду в природе, нет резких граней и готовых трафаретов: так называемое «нормальное» опьянение на деле ока-

зывается чрезвычайно разнообразным по степени и качеству. При оценке правонарушения пьяного приходится принимать во внимание не только степень и форму опьянения, но и особенности личности (конституция, физическое состояние, сопутствующие болезни, степень выносливости к алкоголю), а равно и внешние моменты (среда, бытовые условия, поведение окружающих, житейские взаимоотношения). Учет всех этих обстоятельств в конкретных случаях приводит иногда эксперта к тому, что заключение об ответственности обвиняемого он сопровождает столь многими и существенными оговорками, что они или сводят на нет эту ответственность, или по меньшей мере скрывают в себе признание уменьшенной ответственности, которой действующий кодекс не знает.

Исходя из подобных соображений, Heilbronner и некоторые другие психиатры настаивают, что всякое суждение о нормальном опьянении и его степени должно быть экспертом отклоняемо, так как ни количество выпитого, ни поведение пьяного не могут в этом отношении служить масштабом. Hoppe и Aschaffenburg держатся противоположной точки зрения, находя, что в определении степени и свойств опьянения психиатр компетентнее других, и при его уклонении от оценки ускользнут от наблюдения патологические черты.

Если в отношении «нормального» опьянения экспертиза и суд могут оставаться на формальной точке зрения, то в случаях с «патологическим опьянением» трудности оказываются несравненно более значительными. Если патологическое опьянение является одним из наиболее важных и частых причин тяжелых алкогольных преступлений, то оно в то же время и одно из наиболее трудно диагностируемых болезненных состояний. Во-первых, в отношении терминологии существует неясность, приводящая к путанице. Не разграничивается достаточно резко непереносимость к алкоголю (Alcoholintoleranz) и патологическое опьянение. Отсюда частично можно говорить о патологическом опьянении, если в опьянение приходят отдельные болезненные черты: склонность к аффективным взрывам, полная амнезия и т. п. Но в таком случае не всякое патологическое опьянение оказывается безответственным, а с другой стороны, и «нормальное» опьянение с чертами «интолерантности» перестает быть нормальным и требует особой оценки в отношении ответственности.

Относительно безответственного, экскульпирующего опьянения мнения также расходятся. Патологическое опьянение, протекающее по эпилептическому типу, с его глубоким затемнением сознания, с бурным, бессмысленно агрессивным поведением, которое продолжается и после ареста, с терминальным глубоким сном, обычно импонирует и не врачам как явно болезненное состояние. Меньше значения и достоверности имеют делириантные опьянения, возникающие у алкоголиков, чаще в вечерние часы, по типу abortивного делирия, с обманами чувств, недостаточной ориентировкой, тревожным настроением. Еще более спорны-



ми оказываются те многочисленные случаи помрачения сознания с более или менее сложным поведением и последующей амнезией, которые часто квалифицируются как патологическое опьянение.

Значение отличительных признаков патологического опьянения, оцениваемых притом отдельными авторами весьма неодинаково, вообще очень относительно. Некоторые из этих признаков (изменение сознания, отсутствие воспоминания, бессмысленное поведение и т. п.) в значительной степени входят в картину и «нормального» опьянения. Другие, как например наступление патологического опьянения после небольших количеств алкоголя или отсутствие физических признаков опьянения, далеко не всегда налицо; иногда имеются и обратные явления, тем не менее не позволяющие сомневаться в патологическом характере состояния. Диагноз ставится по общему впечатлению, чаще всего как вероятный вывод из оценки разнообразных моментов: наследственных, личных, клинических, судебных; причем нередки существенные разногласия экспертов или при совместном исследовании или в различных стадиях процесса.

Затруднения в отношении патологического опьянения на этом не всегда оканчиваются. Нередко они возникают именно тогда, когда чисто психиатрические

вопросы разрешаются удовлетворительно. Это бывает в случаях, где установленное патологическое опьянение оказывается уже не первым, где оно повторялось, приводило к правонарушениям и где зависимость этих состояний от добровольного употребления или злоупотребления вином вполне отчетливо сознается и самим субъектом. Иногда дело идет о психопатах, иногда о соматических эпилептиках с невыносимостью к вину, иногда о хронических алкоголиках разных степеней, причем вне этих патологических эпизодов психическое состояние субъекта далеко от душевной болезни и не исключает ответственности.

Возникает трудный вопрос о вменяемости. Формально, как совершивший преступление в болезненном состоянии, субъект подлежит мерам медицинского характера. По существу же медицинские меры здесь часто оказываются мало пригодными и мало целесообразными потому, что обычное состояние субъекта не требует лечения, поскольку нет налицо патологической привычки к алкоголю, а интолерантность к нему есть неустраняемое конституциональное свойство, или возникшее оттого, что лечение в психиатрической больнице, даже в принудительном порядке, длится очень недолго и является по существу фикцией, не только не гарантируя от повторения печальных эпизодов, но создавая у субъекта ошибочное и вредное сознание своей безответственности и безнаказанности. Сознывая, что для данного случая судебно-исправительная мера и с общественной и личной точки зрения может быть более целесообразной, эксперт иногда признает вменяемым субъекта, действовавшего в состоянии патологического опьянения.

Если правильная оценка патологического опьянения с точки зрения диагноза и вопросов вменяемости представляется столь трудной, то трудности еще более значительны в отношении преступлений хронических алкоголиков. Преступления эти очень многочисленны; в основе состояний, в которых они совершаются, также часто одновременно лежат моменты различного порядка: патологическая конституция, неврозы, травма, артериосклероз, алкогольные изменения личности разной степени, неодинаковая мера влечения к алкоголю, опьянение как таковое и т. п. В конкретных случаях, если дело не касается тяжелых хронических алкоголиков, вопрос обычно решается одинаково: в смысле признания полной ответственности.

В случаях тяжелых решающую роль должны играть степень и характер структурных изменений личности. Там, где деградация личности настолько значительна, что может быть приравнена к душевной болезни, ответственность как будто должна была бы исключаться. Но, с одной стороны, нет объективных признаков для проведения демаркационной линии безответственности, а в то же время признание последней и применение медицинских мер как раз оказывается в противоречии с задачами борьбы с преступностью и, как ни парадоксально, - с интересами самого правонарушителя.

Помещение алкоголика в психиатрическую больницу на общих основаниях сводится к 2–3-дневному, в лучшем случае 2–3-недельному пребыванию там; принудительное (по суду) лечение увеличивает срок пребывания в больнице не намного. Больные за это время не получают почти ничего в смысле положительного лечебного воздействия, и в массе, не имея ощутительной пользы для себя, в то же время являются тяжким бременем для больницы, элементом неподходящим к ее режиму, дезорганизующим порядок и нормальное течение больничной жизни. По этой причине некоторые больницы, например все ленинградские психиатрические больницы, совершенно не принимают хронических алкоголиков, не страдающих алкогольными психозами.

Кратковременность больничного лечения не обеспечивает спокойствия и безопасности ни семье правонарушителя, ни его соседям, ни обществу в широком смысле слова; в самом же алкоголике воспитывает очень часто чувство безнаказанности, сознание, что ему «все позволено», о чем он иногда и заявляет открыто и чем его социальная опасность, несомненно, увеличивается.

Таким образом как в отношении патологического опьянения, так и здесь, но в еще большей степени создается *circulus vitiosus*, над разрешением которого задумываются суд и экспертиза. Поэтому и здесь тяжелый хронический алкоголик, нередко неоднократно находившийся в психиатрической больнице, объявляется иногда ответственным, в предположении, что это скорее послужит на пользу и ему самому, и обществу, поскольку разрушит в нем установку на безнаказанность, создаст задержки для будущего и привьет навыки труда и дисциплины в большей мере, чем могла это сделать психиатрическая больница. Опыт показывает, что цель эта в той или иной степени достигается.

IV

Мы остановились на трех болезненных состояниях

(опьянение «нормальное», опьянение патологическое и хронический алкоголизм), как представляющих особые трудности с точки зрения интересующего нас вопроса. Затруднения, о которых говорилось выше и которые в той или иной мере касаются и других алкогольных расстройств, проистекают из разных источников: частью из недостаточности и шаткости психиатрических критериев, частью из-за ограничения рамками закона, не вмещающего и не охватывающего всего разнообразия конкретных случаев.

В отношении состояний «нормального» опьянения в некоторых кодексах, например итальянском и отчасти испанском, содержатся очень детальные разграничения различных видов опьянения: полное и неполное, случайное или от неодолимой силы (*force*

таjeure), добровольное, преднамеренное (с целью совершить преступление или подготовить себе оправдание), привычное и состояние хронического отравления. В большинстве кодексов и проектов нет однако такого детального подразделения. Германский, австрийский, швейцарский кодексы различают главным образом полное и неполное опьянение, добровольное, т. е. происшедшее по собственной вине (*selbstverschuldete Trunkenheit*), недобровольное и преднамеренное (в интересах совершения преступления или обеспечения безнаказанности).

Что касается ответственности или вменяемости в отношении состояний опьянения, то некоторые законодательства не считают опьянение, хотя бы и полное, моментом, исключающим ответственность (вменяемость). Однако в целом ряде кодексов и проектов, главным образом недавнего времени, устанавливающих ответственность при полном опьянении, допускается исключение для случаев опьянения случайного или *force majeure*. Опьянение добровольное (*selbstverschuldete Trunkenheit*) не освобождает от ответственности (германский проект 1927 г., итальянский 1927 г., румынский). Некоторые кодексы допускают смягчение ответственности для полного опьянения, применяя наказание не за деяние как таковое, а как за неосторожность.

В отношении неполного опьянения, поскольку такое опьянение не было случайным, оно в большинстве законодательств не уменьшает ответственности. Германский, итальянский и швейцарский проекты, оставаясь на этой точке зрения, тем не менее допускают смягчение наказания «или по усмотрению суда, или если неполное опьянение значительно понижало вменяемость». Что касается преднамеренного опьянения - для облегчения совершения деяния или для подготовки невменяемости (*actio libera in causa*), то такое опьянение не признается безответственным или смягчающим вину, причем оно либо не упоминается, как само собой разумеющееся, либо специально подчеркивается иногда как обстоятельство, отягчающее вину.

Патологическое опьянение не выделяется, но ясно подразумевается в определениях, касающихся условий, исключающих вменяемость. Однако есть тенденция ограничивать до известной степени безответственность лица, находящегося в патологическом опьянении. Так, §367 германского проекта 1927 г. гласит: «Кто умышленно или по небрежности (*fahrlässig*) через употребление спиртных напитков или других опьяняющих средств приводит себя в опьянение, исключающее вменяемость, наказывается тюремным заключением до двух лет или денежным штрафом, если он в этом состоянии совершил наказуемое действие. Наказание по роду и мере не должно превышать того, которое полагается за умышленное совершение деяния». Данный параграф может относиться и к случаям предумышленного (в смысле *actio libera in causa*) и добровольного (*selbstverschuldete Trunkenheit*) и неосто-



рожного опьянения, но при некоторых условиях (повторность, знание и предвидение последствий) может быть применим и к патологическому опьянению, на что указывает, например, *Vorkastner*.

В новых кодексах и проектах затронут вопрос, ранее не ставившийся уголовным законодательством: о правонарушителях – привычных алкоголиках. От опьянения, как такового, законодательство переходит к личности преступника-алкоголика, оценивая его деяния главным образом с точки зрения его склонности к частому и систематическому опьянению алкоголем. Большею частью новые действующие кодексы и проекты говорят о привычных пьяницах вообще, без разграничения пьянства по степени и качеству, причем некоторые проекты считают привычное пьянство моментом, увеличивающим меру наказания за содеянное преступление, независимо от того, совершено ли оно в опьянении или вне его, но в зависимости от общих изменений личности алкоголика. В качестве мер воздействия применяются, наряду с тюремным заключением, также и принудительное лечение в специальных учреждениях. Германский проект 1927 г. (§57) говорит: «Если кто-либо, привычным образом употребляющий спиртные напитки или иные опьяняющие средства, по поводу деяния, которое он совершил в опьянении, или

за полное опьянение присуждается к наказанию и его помещение в учреждение необходимо для того, чтобы приучить его к закономерной и упорядоченной жизни, то суд определяет помещение (в лечебное учреждение)». Швейцарский проект (1918 г.) предоставляют суду право в отношении привычного алкоголика или помещать его в лечебное заведение по отбытии срока или, в случае его невменяемости, прямо направлять в лечебное учреждение для алкоголиков, причем два года пребывания в нем являются крайним сроком, после чего осужденный освобождается. Английский «Inebriety Act» 1898 г. предлагает подвергать подсудимого принудительному лечению за деяние в состоянии опьянения, если будет доказано, что подсудимый, – привычный пьяница. Итальянский кодекс отличает от привычных алкоголиков «нормальных и вменяемых», еще «находящихся в состоянии хронического отравления алкоголем», очевидно, разумея под этим наиболее тяжелые случаи болезненного влечения к алкоголю, с изменением личности. Они подпадают под действие положений о невменяемости или уменьшенной вменяемости.

V

Каким же должен быть путь законодательной борьбы

с алкогольными преступлениями? Следует ли, в соответствии со сложностью проблемы, идти путем умножения и детализирования определений в отношении преступлений, связанных с алкоголем, или, наоборот, установив лишь некоторые основные положения и общие точки зрения, предоставить суду и экспертизе в отдельных случаях разрешать вопрос в индивидуальном порядке? Нам кажется, что последнее правильнее, целесообразнее и более соответствует духу советского УК. Но если детализирование определений нам кажется излишним, то, с другой стороны, полное или почти полное умолчание в кодексе в отношении этой группы правонарушений также нецелесообразно.

Нам представляется более правильным в общепреventивных целях сохранить в будущем кодексе (и не в виде примечания) положение о том, что состояние опьянения не освобождает от ответственности. Детальное разграничение видов опьянения (добровольное, недобровольное, случайное, привычное, нормальное или патологическое и т. д.), а равно тех или иных болезненных состояний как острых, так и хронических, которые могут стать предметом обсуждения с точки зрения ответственности, не должно иметь места в кодексе. Но необходимо общее указание, что случаи подобного рода должны рассматриваться с участием психиатрической экспертизы.

В конкретном случае вопрос об ответственности должен опираться на учет всей личности правонарушителя, со всеми ее свойствами и социальными реак-



циями, с ее социально-бытовым окружением, со всем многообразием факторов внутренних и внешних.

VI

В отношении случаев, по своему характеру явно исключающих ответственность

и требующих психиатрического попечения в различных его формах, затруднения для экспертизы и суда вряд ли будут частыми; во всяком случае не в такой мере, чтобы нужно было на этом останавливаться подробно. Сюда относятся случаи: 1) ясно органического происхождения (алкогольное слабоумие, корсаковский психоз, органические психозы, осложненные алкоголизмом) и 2) острые и подострые случаи алкогольных психозов (алкогольный галлюциноз, белая горячка, в отношении которой, впрочем, при известных условиях может быть допущено исключение; алкогольный бред ревности). Указанные заболевания явно подлежат ведению психиатра и мерам медицинского характера. Только в немногих случаях, при наличии большой социальной опасности, может возникнуть вопрос об особых гарантиях безопасности для общества, но решаться он должен всецело в рамках и силами психиатрической организации, наравне с другими опасными душевнобольными (не криминальными).

В некоторых случаях опьянение, не имея формальных признаков патологического опьянения, все же может носить характер патологической реакции, в связи с условиями, ее вызвавшими, и особенностями данного опьянения по сравнению с обычно свойственными субъекту. В качестве иллюстрации можно привести два-три примера.

Извозчик, умеренно пьющий и всегда спокойный и тихий во хмелю, обвиняется в том, что, будучи в нетрезвом состоянии, грубо оскорбил и выгнал явившихся к нему представителей санитарного надзора, т. е. совершил преступление, предусматриваемое ст. 73 УК (оскорбление должностных лиц при исполнении служебных обязанностей). При детальном ознакомлении со случаем выясняется, что в день преступления лошадь испытуемого была случайно убита трамваем, что очень расстроило обвиняемого.

В другом случае милиционер, в общем трезвого поведения и спокойный в редких опьянениях, после ночи, проведенной на утомительном и тревожном дежурстве, усталый и голодный выпивает стакан водки по предложению товарища, чтобы «подкрепиться», и в опьянении производит действия, которые можно квалифицировать как тяжелое нарушение служебной дисциплины (оскорбление и угрозы начальнику).

С точки зрения формальных критериев (сохраненное сознание, отсутствие амнезии, внешне целесообразное поведение и т. д.) нельзя говорить о патологическом опьянении, но наличие явно ослабляющих моментов (душевное потрясение в первом, бессонная ночь, утомление, голод во втором случае) и необычный для данного лица характер опьянения дают основания считать последнее качественно измененным, а действия – болезненной реакцией, хотя и не подходящей строго под рубрику патологического опьянения.

Не умножая примеров, легко видеть, как индивидуален должен быть подход к случаям опьянения, для которых даны в некоторых иностранных кодексах столь многочисленные подразделения и которые все-таки не охватывают все разнообразие случаев в их степени, характере, причинности, конституциональной почве, личной установке, результатах, целесообразности мероприятия и т. п.

С другой стороны, иногда опьянение, носящее, бесспорно, характер патологического, не должно оцениваться как безответственное. Это может иметь место в случаях, где в силу прирожденной или приобретенной невыносливости к алкоголю субъект обычно реагирует на вино развитием патологического состояния и социально опасным поведением. Об этом обыкновенно обвиняемый знает из опыта, предупреждается врачом или близкими и достаточно ясно понимает зависимость патологического состояния от своего поведения. Признание безответственности в таких случаях противоречит обычному правосознанию, так как сознательное приведение себя в заведомо опасное состояние должно расцениваться в лучшем случае как легкомыслие или

неосторожность, а правильнее – квалифицироваться как явно преступный поступок. Безответственность здесь в то же время и нецелесообразна, поскольку дает субъекту *carte blanche* на будущее.

Какие меры должны применяться в отдельных случаях – определяется всей совокупностью условий: степенью социальной опасности, средою, личностью, социальным и медицинским прогнозами, но, несомненно, что в ряде случаев такого рода судебно-исправительные меры могут быть применяемы с большим основанием и успехом, чем меры медицинские.

Случаи патологического опьянения представляют длинный и индивидуально очень разнообразный ряд, начиная от случайно, впервые обнаружившейся склонности к патологическому опьянению, без привычки к злоупотреблению спиртными напитками и без заметных врожденных или приобретенных аномалий психической личности, через разного рода и разной степени психопатов, травматиков, эпилептиков, легких органиков к тяжелым хроническим алкоголикам. Очевидно, что, несмотря на формально правильный диагноз патологического опьянения и болезненный характер деяния, не может быть одной мерки для установления степени ответственности. В каждом отдельном случае как то, так и другое должно быть строго индивидуализировано.

В качестве иллюстрации к сказанному о трудности оценки патологических состояний алкогольного происхождения и необходимости руководствоваться не только формальными критериями, но и соображениями целесообразности мер воздействия, приводим следующий случай.

Д-в, С. А., 39 лет, мастер-механик, женат, образование низшее. Поступил в институт 8 марта 1935 г. Обвиняется по ст. ст. 73 и 74 УК.

Обстоятельства дела: 4/03 1935 г. Д-в, около 9 час. вечера, придя в квартиру своей тещи Л-вой, где находилась его жена, прешедшая туда ранее, произвел ряд хулиганских действий. Пытался избить жену, бранился площадными словами, ударил по лицу удерживавшего его тестя и нанес несколько ударов уговаривавшим его братьям жены. К моменту, когда его пытались связать, явился вызванный милиционер, который предложил Д-ву отправиться в отделение милиции, Д-в побежал по коридору, но был схвачен и с большим сопротивлением доставлен в отделение милиции. Дорогой два раза ударил в грудь милиционера, сбил с ног и дважды ударил бригадмилейца, все время сопротивляясь и нецензурно бранясь.

Допрошенный 5/03, Д-в дал следующее показание: «4/03 выпил дома вина, я зачем-то пошел к теще и после этого я не могу вспомнить, что я там делал: дрался ли с кем, бил ли кого-не помню».

По данным истории болезни: отец Д-ва сильно пил; мать была вспыльчивая, раздражительная, нервная. Пять братьев испытуемого раздражительные и нервные. Среди родственников отца много алкоголиков.

В детстве страдал недержанием мочи – до семи лет, снохождением и ночными страхами. По характеру всегда замкнут, одинокий, не имел товарищей, больше всего любил рыбную ловлю. Учился удовлетворительно, за исключением математики, благодаря чему не окончил ремесленно-техническую школу. С 1911 г. работал в механическом цехе текстильной фабрики. В 1916 г. призван на военную службу. Контужен на фронте; двое суток находился без сознания. Семь месяцев лечился в госпитале. Здесь начались припадки с судорогами, потерей сознания, иногда с прикусыванием языка, непроизвольным мочеиспусканием и последующим сном. К концу года после контузии припадки постепенно прекратились и некогда более не повторялись.

Демобилизованный в 1921 г., Д-в поступил на механический завод, где занимал ряд должностей, начиная от токаря до мастера цеха. С 1931 г. работал на различных предприятиях, выполняя (ответственные обязанности. Из имеющихся в распоряжении экспертизы характеристик и отзывов видно, что Д-в считается на предприятии исключительно хорошим работником, очень ценным и его отсутствие (в периоде испытания) неблагоприятно отражается на работе цеха.

Алкоголь стал употреблять со времени военной службы в довольно большом количестве. В 1921 г. женился, но пить продолжал. С 1929 г. злоупотребления вином еще более усилилось. В опьянении становился вспыльчив; два раза в состоянии опьянения пытался покончить с собой. В 1930 г. после нескольких дней значительного злоупотребления вином, проснувшись перед рассветом, увидел, что в комнату через окно потоком вливается вода, затопляя комнату. Он вскочил в испуге, и что было дальше – не помнил. Домашние рассказывали, что он схватил спавшую малолетнюю дочь и хотел с нею выскочить в окно с высоты третьего этажа. Когда его удерживали, он оказывал сопротивление, закончившееся судорожным припадочным состоянием.

Испытуемый ведет трудовую и скромную жизнь; свободное время проводит обыкновенно дома; в выходные дни никуда не ходит, за исключением (иногда) рыбной ловли. Имеет от брака 14-летнюю дочь, которую очень любит – ежедневно провожает ее из школы домой, по вечерам готовит с ней уроки. Семейная жизнь его течет однако последние годы негладко, что он приписывает дурному влиянию тещи, которая подговаривает жену оставить его, чего Д-в очень опасается. В связи с этим он уже около полутора лет прекратил всякие отношения с тещей и недоволен, что жена тайком от него из его зарплаты помогает теще. На почве этих семейных неприятностей и напряженной работы в течение последнего года самочувствие его значительно ухудшилось: он стал чувствовать усталость и усиленную раздражительность. По совету врача, в течение последних 9-ти месяцев воздерживался от вина («заключил соцдоговор с дочерью»). Всегда был склонен к ревности, но за последнее время особенно тревожился ревнивыми подозрениями ввиду частых отлучек

жены на общественную работу и в предположении, что теща продолжает настраивать против него жену.

Об обстоятельствах, предшествовавших правонарушению, сообщает следующее. Дня за три до происшествия он узнал, что жена отнесла теще на время их металлическое корыто. Он имел по этому поводу ссору с женой. 4/03 с утра у него было беспричинно очень тяжелое настроение, на службе товарищи отмечали его плохой, угнетенный вид, а инженер даже предлагал ему раньше уйти домой. Испытуемый однако пересилил себя и до 6 часов вечера оставался на работе. Вернувшись домой, он узнал, что обед еще не готов, так как жена только что вернулась с общественной работы. Раздраженный всем этим он не мог справиться с охватившим его волнением, отправился в кооператив, купил пол-литра водки и, вернувшись домой, выпил. В опьянении завел ссору с женой, которая с плачем пошла к матери. Что было дальше-он не помнит: ни того, как он пошел следом за женой, ни происшедшего в квартире тещи, ни доставления в отделение милиции. Пришел в себя он на следующий день, 5/03, с ощущением сильной головной боли (в затылочной области) и общей разбитости и недомогания.

При испытании в институте обнаружено: высокого роста, астенического телосложения. Тоны сердца глуховаты; жесткое дыхание в правой верхушке. Зрачки равномерны, правильной формы, с достаточно живой реакцией на свет. Умеренное дрожание рук, и языка. Коленные и ахилловы рефлексы равномерно повышены. Патологических рефлексов нет. Чувствительность в порядке. Исследование крови и спинномозговой жидкости не обнаружило ничего патологического.

С психической стороны: сознание ясное; ориентирован. Настроение подавленное. Удручен созданным положением: он опозорен навсегда, счтает, что жизнь его кончена, так как по его предположению ему дадут 2–3 года лишения свободы, а он этого не перенесет и покончит с собой. В письмах к братьям просит их позаботиться о дочери. Вял, молчалив, малообщителен. Последнее объясняется тем, что кругом преступники; воры и убийцы, а такое общество для него невыносимо. Отмечается некоторое снижение памяти, но в общем его интеллектуальные способности достаточно сохранены. Галлюцинации, за исключением несчастных случаев, отрицает; бредовых идей не высказывает. Большую часть времени проводит в постели за чтением. Жалуется на тревогу и тоскливость, высказывает ипохондрические жалобы. (В разговоре медлителен, обстоятелен. Говоря о своем положении, не может удержать слез. Утверждает, что не сохранил никакого воспоминания о своем правонарушении.

Клиническая оценка данного случая не представляет особых затруднений. Мы имеем дело с личностью душевно здоровой, но несколько особого склада характера, с преобладанием шизоидных компонентов. Контузия на фронте, значительный и давний алкоголизм и начинающийся артериосклероз понизили пси-



хическую устойчивость испытуемого, ослабили его сопротивляемость неблагоприятным условиям и сообщили склонность к реакциям эпилептиформного характера: судорожные припадки (с потерей сознания, прикусыванием языка и мочеиспусканием) в прошлом; изменение характера в сторону вспыльчивости и раздражительности, расстройства настроения с суицидальными тенденциями, трудность изживания аффективных переживаний и т. д. в настоящем. Указанные особенности и изменения психики Д-ва не представляют однако душевной болезни и естественно не делают его неменяемым в обычном его состоянии.

Оценка его состояния в момент правонарушения представляла уже довольно большие трудности, почти исключая возможность ясного и определенного ответа. Правонарушение Д-ва, как оно обрисовывается данными следствия (как обычно, в подобного рода делах очень скудными, к сожалению), представляет почти стандартную картину пьяного хулиганства с сведением семейных счетов, с сопротивлением, оскорблением и избиванием работников милиции, с площадной руганью, с буйством в отделении, с последующими ссылками на беспамьятство. В этом отношении деяние Д-ва ничем не отличается от бесчисленных случаев хулиганства, проходящих через комиссию института и обычно

квалифицируемых как проявление простого опьянения, не исключающего ответственности. Понятность мотивов, типичность пьяного поведения, обычность запоминания происшедшего, отсутствие каких-либо ярких признаков исключительного состояния, – все это, по-видимому, оправдывает отношение к деянию Д-ва как к банальному пьяному хулиганству, с вытекающими отсюда практическими последствиями. Подобная оценка случая имеет достаточные основания и встретила в процессе экспертизы поддержку среди участников экспертизы.

Возможна, однако, и другая точка зрения. Понятность мотивов не исключает, безусловно, наличия болезненного состояния, так как и в последнем могут действовать тенденции и мотивы, относящиеся к сознательной жизни человека и находящие свое выражение и осуществление именно благодаря преходящему болезненному состоянию, выключающему сознательный контроль над ними и обычные задержки. Банальность поведения также не имеет решающего значения, ибо, как показывает опыт, автоматические, безотчетные действия и поступки не обязательно носят экстравагантный и необычный характер, а могут проявляться в внешне целесообразном и более или менее обычном поведении. Если можно сомневаться в наличии беспамьятства по отношению

к правонарушению или, по крайней мере, в болезненном его характере, то столько же оснований допускать и возможность патологической амнезии.

Не ограничиваясь анализом поведения испытуемого в момент правонарушения, а анализируя случай в целом, можно отметить ряд моментов и условий, говорящих до известной степени скорее в пользу, чем против патологического состояния в момент инкриминируемого деяния. Своеобразный склад личности испытуемого, травма, хронический алкоголизм и начальный артериосклероз являются моментами, располагающими к появлению исключительных состояний. Эпилептиформные припадки в прошлом и патологический эпизод в 1930 г. с последующим припадком еще более подкрепляют вероятность появления исключительного состояния при некоторых условиях. В качестве этих условий, временно повышающих способность к развитию патологической реакции, надо подчеркнуть: расстройство настроения в день правонарушения, аффективное состояние в связи с семейными неприятностями этого дня, прием алкоголя в количестве пол-литра в состоянии утомления и натошак, после длительного воздержания. Таким образом, ряд моментов, лежащих в личности испытуемого, и констелляция случайных обстоятельств, понижающих сопротивляемость организма действию алкоголя и повышающих склонность к возникновению болезненного состояния, не могут быть игнорируемы в оценке случая.

При наличии двух конкурирующих почти с одинаковым правом точек зрения, вопрос о целесообразности тех или иных мер воздействия в применении к данному правонарушению получает особенное значение для решения сомнительного здесь вопроса о вменяемости. Отсутствие судимостей в прошлом, социальная ценность испытуемого и общие его установки, необычный для данного субъекта характер опьянения, отсутствие в прошлом попыток систематического лечения заставляют думать, что и в медицинском отношении и с точки зрения личной превенции применение мер медицинского характера приходится считать более отвечающим особенностям и интересам случая, чем меры судебного-исправительного порядка. В соответствии с невозможностью исключить с уверенностью наличие патологического состояния и по ряду только что приведенных соображений, комиссия признала Д-ва действовавшим в болезненном состоянии (патологическое опьянение) и подлежащим принудительному амбулаторному лечению в наркодиспансере.

В только что приведенном случае дело идет о чрезвычайно больших трудностях, возникающих иногда при диагнозе скоропреходящего болезненного состояния у субъектов, ранее не судившихся и не имевших аналогичных патологических прецедентов. Нижеследующее наблюдение характеризует положение экспертизы при рецидивах алкогольных правонарушений, ставящих вопрос о вменяемости и мерах воздействия с особенной остротой и повелительностью.

И-ко В.В., 23 лет, женат, агент по поручениям. С 1924 по 1930 г. находился на испытании в институте 4 раза.

Анамнез. Дед по отцу – алкоголик; отец тяжелого характера, мать нервная. До 13-ти лет развивался нормально; затем стал обнаруживать грубость, раздражительность, агрессивные наклонности, иногда воровал у матери деньги. Около этого же времени оставил школу, где ученье шло очень хорошо благодаря его «громadным» способностям. 15-ти лет устроен матерью на электрическую станцию в Вологде, но через 2 месяца этапом направлен в Курск в колонию для дефективных детей, по-видимому, за какой-то проступок. Из колонии скоро бежал к матери в Москву. Дома был то ласков, то груб, командовал всеми, бил сестер, уходил на ночь, в раздражении был «ненормальный», не помнил себя. Припадков мать не замечала.

Впервые направлен в институт 10/01 1924 г., 16-ти лет от роду, в связи с обвинением в нанесении ранения контролеру клуба. Дополнил анамнез матери следующими данными: с 6-летнего возраста иногда бывают колебания настроения с характером то неудовлетворенности и тоскливости, то апатии, то злобности, иногда очень короткие, иногда до полутора недель. Старался «сломать» такое настроение то кокаином, то участием в драке. Кокаин стал нюхать с 13-ти лет, но привычки к нему не имеет. Вне изменений настроения – живой, веселый, общительный, но раздражительный и вспыльчивый. С 11-ти лет какие-то судорожные припадки с потерей сознания, но без прикусывания языка и мочеиспускания.

Физическое состояние: ниже среднего роста, питание пониженное, несколько диспластичен. Внутренние органы в порядке, со стороны нервной системы заслуживают упоминания: двусторонний симптом Хвостека, яркий дермографизм и отсутствие глоточного и конъюнктивального рефлексов.

Психика: ясное сознание, правильная ориентировка, хорошие интеллектуальные способности, очень неустойчивое настроение, резко повышенная аффективная возбудимость. Обидчив и раздражителен. То угрюм, жалуется на скуку, заводит ссоры с окружающими, то спокоен, весел, оживлен. Припадков не отмечено.

О правонарушении сообщает сведения, совпадающие в общем с данными следственного дела. В половине ноября 1924 г., испытывая расстройство настроения, в течение трех дней прибегал к кокаину. Вечером, придя в клуб при входе в зрительный зал был остановлен контролером за отказ снять верхнее платье, вступил с ним в драку. По окончании спектакля, чувствуя злобу против контролера, вновь завел с ним ссору, ударил его, а когда контролер стал убежать, И-ко ударил его ножом в спину. Был обезоружен и вскоре задержан.

Заключение комиссии: страдает аффект-эпилепсией. Преступление совершено в аффективной вспышке, а потому не может быть ему вменено. Вне этих приступов он вменяем. В больнице не нуждается.

Вторично поступил в институт 16/02 1929 г. с обвинением по ст. 74 УК. После первого испытания

в институте он провел пять с половиной месяцев в больнице им. Кащенко, в разных отделениях, неоднократно переживал вспышки возбуждения, обычно в связи с каким либо поводом, вслед за вспышкой успокаивался. Имели будто бы место и припадки, но ни частоту, ни характер их точно определить не может. После выхода из больницы поселился у матери. Кокаина не употреблял, а стал выпивать, нередко допьяна. Вскоре после больницы в нетрезвом виде подрался с соседом и нанес ему несколько ран ножом. На суде, по заключению психиатра, экскульпирован и направлен в психиатрическую колонию, где провел восемь с половиной месяцев.

После выхода из психиатрической колонии устроился на работу в МКХ, сначала чернорабочим, затем десятником. Через три-четыре месяца в пьяном виде ударил участкового надзирателя. Получил 1 месяц принудительных работ. В 1927 г. женился по любви, но вследствие пьяных скандалов жена оставила его через год. Приблизительно за месяц до вторичного поступления в институт устроил два скандала: на железной дороге, будучи высажен из вагона как безбилетный, вступил в драку, ударил милиционера, в помещении ТООППУ сломал телефон, ударил агента и т. д. Через неделю в железнодорожном буфете за недостаточно быстрое исполнение требования замахнулся бутылкой на буфетчика и скандалил.

Соматическое состояние И-ко, по сравнению с данными 1924 г., не представляет существенных перемен. В психическом отношении, наряду с обидчивостью, неустойчивостью настроения, раздражительностью, поддается склонности приукрашивать себя, приписывать себе роль и значение, которыми явно не обладает, сообщает о себе ложные сведения. Формальные способности в порядке. Поведение в общем правильное, оживлен, самоуверен, подвижен, склонен верховодить другими. Комиссией признан психопатической личностью типа патологических лгунов. Правонарушение совершено в исключительном состоянии и потому подпадает под действие ст. 11 УК. Подлежит принудительному лечению в психиатрической больнице.

Направленный из института в больницу им. Кащенко, провел здесь на принудительном лечении 3 мес. (до половины июля 1929 г.) то в приемном, то в беспоконном (дрался с больными), то в рабочем отделении. После выхода из больницы пьянствовал две недели. Появление слуховых галлюцинаций заставило его уменьшить употребление вина. Работал агентом в Моспогрузе и по конкурсу поступил в «Театр малых форм», однако начать там занятая не успел. 11/11 1929 г. в нетрезвом состоянии завел поздно вечером ссору на бульваре с прохожим. Доставленный в отделение милиции устроил там буйство. Очнулся связанный по рукам и ногам с болью в языке, который оказался прикушен, как он полагает, вследствие бывшего припадка. Судом, по предъявлению справок о лечении в психиатрической больнице, направлен на испытание в институт, куда поступил (в третий раз) 15/12 1929 г. Заключение



комиссии: является глубоко психопатической личностью, инкриминируемое ему деяние совершено им в состоянии патологического опьянения, развившегося на почве указанных аномалий его личности и в связи с употреблением алкоголя. Невменяем. Подлежит принудительному лечению в психиатрической больнице. 27/01 1930 г. выбыл в психиатрическую больницу.

После месячного пребывания в больнице им. Кащенко поступил на работу. Выпивать продолжал. В апреле и июне было 2 судорожных припадка после усиленного злоупотребления алкоголем.

24/09 1930 г., будучи нетрезвым и не имея денег на выпивку, решил вместе с товарищем-алкоголиком, знакомым по совместному пребыванию в психиатрической больнице, совершить кражу. Вспоминает смутно, что куда-то шли, он пел и жестикулировал, около какой-то палатки пили пиво. Далее в памяти выплывает еще эпизод: он стоит около тротуара, а перед ним лежит скрюченный человек в крови и смотрит на него. Арестованный по обвинению по ст. 136 (убийство), после месячного пребывания в предварительном заключении, 29/09 1930 г. направлен (в четвертый раз) в институт. Испытание в институте не открывает в состоянии И-ко чего-либо существенно нового. Из данных судебного дела явствует, что испытуемой 21/09, будучи пьяным, нанес на улице смертельный удар ножом



в грудь незнакомому гражданину, с которым вступил в пререкания. Комиссией признан психопатической личностью, вменяемым в отношении своего деяния, 4/11 1930 г. выбыл в место заключения.

По сведениям, полученным в 1933 г., И-ко благополучно отбывал свой срок; последней год находился в колонии НКВД, очень доволен, работал там табельщиком, вел себя хорошо, не пил. Родственники отмечают благотворное влияние колонии на его самочувствие и поведение.

Судебно-психиатрическая эпопея почти 10-летней продолжительности, изложенная нами по необходимости лишь кратко и схематично, является, тем не менее, очень показательной. Она, с одной стороны, свидетельствует о трудностях, которые столь часто возникают перед экспертизой в отношении диагноза болезни и установления состояния в момент правонарушения, а с другой – отражает постепенную перемену в установках института в вопросе о вменяемости алкоголиков-правонарушителей.

Несомненно, мы имеем дело с психопатом типа возбуждаемых и патологических лгунов, но ограничивается ли здесь дело психопатией или имеется и процессуальное заболевание (эпилепсия), – сказать трудно. Некоторые явления (судорожные припадки с потерей сознания и изредка – с прикусыванием языка, расстройства настроения), хотя и не противоречат диагнозу психопатии, все же оставляют сомнения в смысле эпилепсии. По

крайней мере, подобный диагноз предположительно ставился и в институте и в психиатрической больнице.

Диагноз состояния в момент правонарушения также не легок и спорен. Если признание (при первом правонарушении) аффективной вспышки, исключающей вменяемость, можно считать выражением более широкого понимания патологических состояний, которое допускалось в первые годы работы института и которое в настоящее время значительно сужено, то в отношении последующих правонарушений И-ко вопрос стоит не так ясно и определенно. Тяжелая психопатия, осложненная, может быть, эпилепсией и, как следствие того и другого, интолерантность к алкоголю являются условиями, очень благоприятствующими развитию исключительного состояния, в данном случае патологического опьянения.

Частичная или полная амнезия в отношении совершенного, кажущаяся бессмысленность поведения, несоответствие повода и тяжести правонарушения – обстоятельства, говорящие в пользу наличия болезненного состояния. С другой стороны, поскольку отсутствие или неясность воспоминания, недостаточная осмысленность поведения и малая мотивированность поступков свойственны и обычному («физиологическому») опьянению и, принимая во внимание сомнительность рассказов самого испытуемого, как вообще склонного ко лжи и вымыслам, учитывая, наконец, отсутствие каких-либо ясных и бесспорных признаков, свидетельствующих о болезненном состоянии, – можно подвергать в той или иной мере сомнению болезненное состояние И-ко при правонарушениях, имевших место в 1929–1930 гг.

Если при последнем испытании в институте в 1930 г. испытуемый, вопреки прежним заключениям, был признан ответственным и направлен в место заключения, то это вытекало не из иного, чем прежде, характера и обстоятельств правонарушения, а главным образом из сознания необходимости в сомнительных случаях ограничивать по возможности значение малодостоверных и спорных критериев для установления или отрицания патологического состояния и руководиться по преимуществу соображениями целесообразности.

Упорные рецидивы и явная бесплодность многократного применения медицинских мер в отношении И-ко, при колеблющемся диагнозе его состояния, давали комиссии достаточно оснований к признанию его на этот раз ответственным, в расчете на то, что меры судебные-исправительные, и особенности в условиях реформированного места заключения, дадут более положительные результаты, чем принудительное лечение в психиатрической больнице. Эти ожидания как будто бы в значительной мере оправдываются полученными в 1933 г. сведениями об испытуемом.

Только что сказанное должно относиться и к другим скоропреходящим болезненным состояниям, возникающим в связи с острым или хроническим опьянением, как например патологический аффект, сумеречное

состояние, состояния психического автоматизма. Эти состояния клинически и этиологически тесно связаны с патологическим опьянением; обнаруживая нередко переходы и комбинации с последним, поскольку такие состояния могут возникать и повторяться в зависимости от сознательного, учитывающего возможные последствия поведения обвиняемого в смысле употребления алкоголя, – они не могут всегда и безусловно считаться исключаящими ответственность.

Нам кажется, что ответственность не уничтожается и для части случаев белой горячки, где, несмотря на предшествовавший опыт деликтов в этом состоянии и понимание необходимости полной трезвости, субъект продолжает злоупотреблять вином, где степень и характер пьянства сами по себе не влекут безответственности и где применение мер судебно-исправительных по ряду соображений может оказаться целесообразным.

То, что сказано об опьянении и патологических состояниях, в еще большей степени приложимо к преступлениям привычно пьющих и хронических алкоголиков. Подобно «нормальному» опьянению и привычное злоупотребление алкоголем не освобождает от ответственности, а в некоторых кодексах, как упомянуто, даже является моментом, отягчающим вину. И это понятно: если единичное опьянение представляет с общественной точки зрения опасность, то систематическое приведение себя в опьянение должно считаться еще более внушающим опасение, требующим внимания со стороны общества и законодателя. Наряду с различными государственными и общественными мерами общей борьбы с алкоголизмом, как одной из наиболее важных социальных аномалий, нельзя пока избежать и мер репрессивного характера.

Правда, за последние годы обнаружилось новое явление совершенно исключительной важности. В связи с быстрым ростом культуры в нашей стране наметился интересный сдвиг в области потребления спиртных напитков. В массах населения заметно меняется привычное, веками воспитанное отношение к алкоголю как неизменной принадлежности быта, как естественному, почти неизбежному спутнику во всех случаях жизни. Нетрезвое поведение расценивается как нечто не только ненужное, но неуместное и недопустимое для советского гражданина, участника строительства новой жизни. Эта новая трезвость является результатом не зарок, не моральных поучений, не запретительных мероприятий, она вырастает органически, как результат нового сознания личности, формирующегося в процессе новой жизни с ее иными, чем прежде, интересами и стимулами, иными трудовыми установками, другим смыслом существования и пафосом деятельности.

Значение этого нового могучего фактора трезвости, которого не знало прошлое и для которого нет предпосылок в капиталистическом обществе, в дальнейшем несомненно должно все более возрастать.

Но пока старые алкогольные навыки еще не преодолены и не изжиты до конца, репрессия все еще по необ-



ходимости должна играть роль в борьбе с алкогольными правонарушениями. Деликты привычно пьющих и хронических алкоголиков не должны находить снисходительного отношения, мотивируемого, с одной стороны, традиционным сочувствием к «пьяненькому», а с другой, quasi-медицинскими соображениями. Конечно, и здесь должен быть строго индивидуализированный подход и учет всех данных – и психиатрических и социальных.

Степень ответственности должна определяться мерой психической и социальной деградации субъекта, медицинским и социальным прогнозом в условиях данной среды и, что особенно важно, относительной целесообразностью мер и средств воздействия, имеющих в распоряжении суда и экспертизы. Социально ценный рабочий и служащий, не оторвавшийся от среды и полезный на производстве, при прочих равных условиях может и должен скорее нуждаться в специальных мерах оздоровления, чем деклассированный и социально безнадежный субъект. С другой стороны, более чем сомнительное значение психиатрических больниц для целей изоляции и лечения алкоголиков заставляет иногда предпочесть меры судебно-исправительные.

Во всех случаях судебная экспертиза в вопросе об ответственности и о мерах воздействия в отношении алкоголиков должно учитывать всю сумму моментов, связанных как с защитой общества от антисоциальных элементов, так и с целесообразностью мер судебного или медицинского воздействия.

СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ*

«О затажном алкогольном бреде»

«Русский врач» 1903 г., № 8

«О методах амбулаторного лечения алкоголизма»

Издательство Современная психиатрия, 1910 г. июнь-июль

«О принудительной трезвости»

«М.С.П. о Н. Т.», 1916 г., январь

«Алкогольные психозы»

Большая Медицинская Энциклопедия, т. 1, 1928 г.

«К вопросу о принудительном лечении»

Рукопись. Доклад в Научной конференции Института им. Сербского, 1932 г.

«О наркомании»

«Судебная психиатрия для юридических школ»

«НКЮ СССР» М., 1941 г.

«Алкоголизм и другие виды наркоманий»

«Судебная психиатрия», 1949 г.

«Первый Всероссийский съезд по борьбе с пьянством в 1910 г.»

Современная психиатрия, 1910 г., февраль–март

«О трезвости»

Современная психиатрия, 1913 г., март

«Наркотизм и преступность»

Сборник в память 50-летия научной и врачебной деятельности проф. Россоломо, М. 1925 г.

«О невменяемости алкоголика»

Сборник Судебно-психиатрической экспертизы, 1935 г.

* Список дан в сокращении

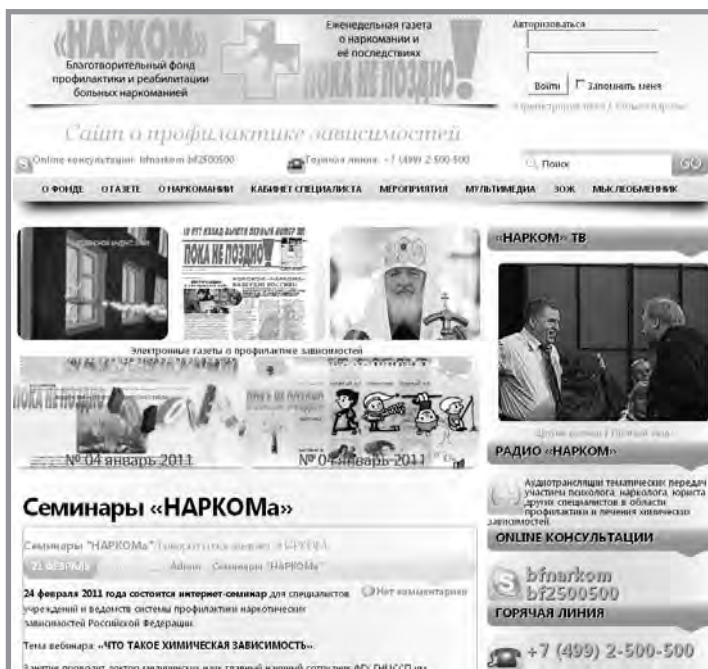
ИНТЕРНЕТ-ПОРТАЛ

Интернет-портал (<http://www.narkom.info>) функционирует с 2000 г.

На сайте размещены электронные версии газет «ПОКА НЕ ПОЗДНО!» и «ПОКА НЕ ПОЗДНО – МОСКВА».

С сентября 2010 г. в тестовом режиме было запущено вещание радио- и телеэфиров с трансляциями научно-методических семинаров и конференций.

С января 2011 г. проводятся вебинары.



«ПОКА НЕ ПОЗДНО – ДЕТИ» «ПОКА НЕ ПОЗДНО – МОЛОДЕЖЬ»

Газеты «ПОКА НЕ ПОЗДНО – ДЕТИ» (<http://www.kids.narkom.info>)

и «ПОКА НЕ ПОЗДНО – МОЛОДЕЖЬ» (<http://www.youth.narkom.info>)

издаются в электронном виде с октября 2010 г.

Выходят периодичностью – раз в месяц.

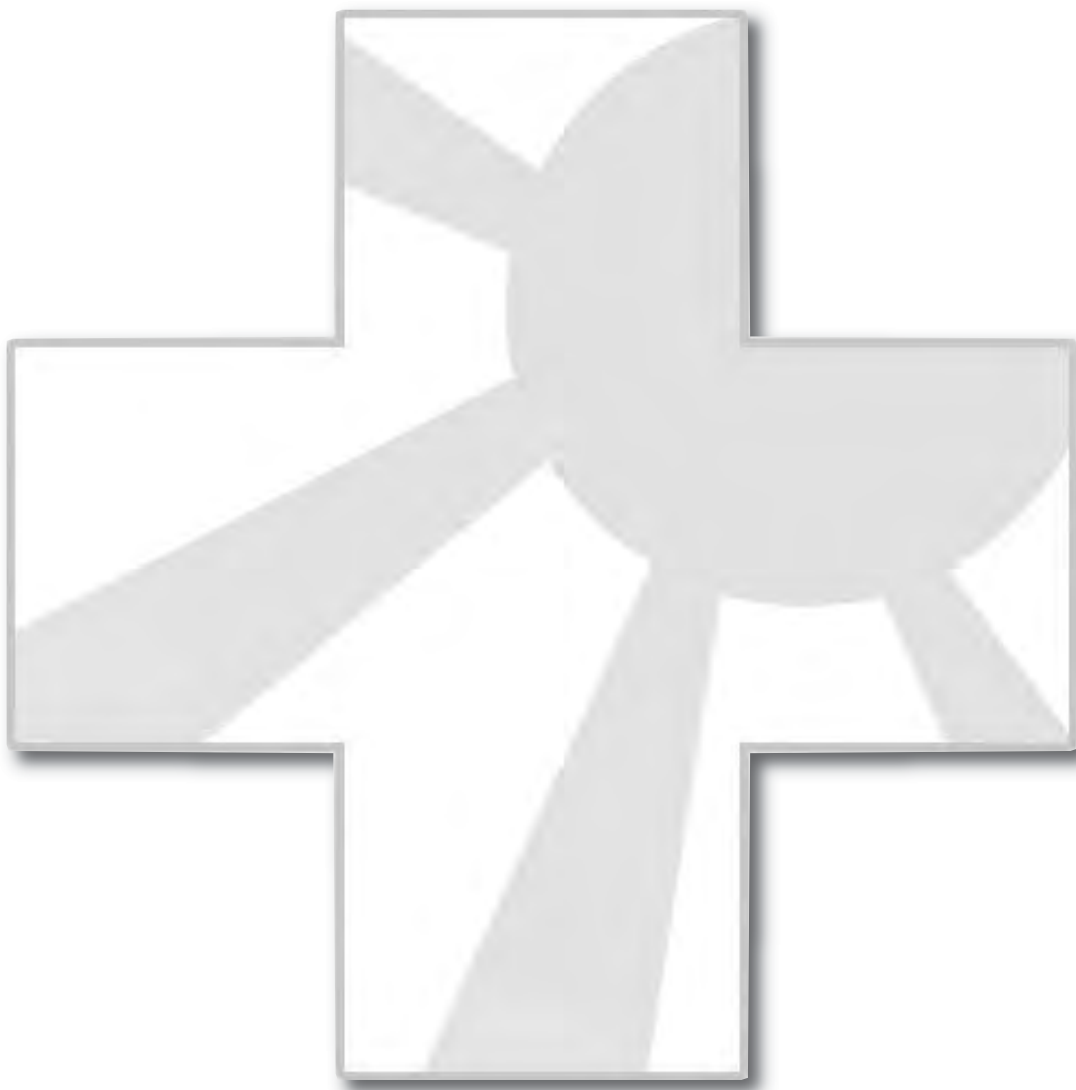
Посвящены проблемам зависимостей в детской и молодежной среде.

Главные читатели, а также авторы публикаций в электронных периодических изданиях – дети, подростки, студенты. Особое внимание уделяется представителям групп риска – детям из неблагополучных семей, спортивным фанатам, «металлистам», «сектантам», «юзерам», «клубберам» и т.д. Статьи в газетах адресованы широкой родительской общественности, с целью разъяснить проблемы, направить действия на их преодоление



Благотворительный фонд профилактики
и реабилитации больных наркоманией

«НАРКОМ»



Тел. +7(499) 2-500-500
www.narkom.info