

УДК 616.899-053.9

УБИЙСТВА СРЕДИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ДЕМЕНЦИЕЙ

^{1,2}Голенков А.В., ¹Степанова А.А.

¹ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова»,
Чебоксары, e-mail: anastasiya23s@yandex.ru;

²ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей»

Министерства здравоохранения Чувашской Республики, Чебоксары

Больные с психическими расстройствами чаще, чем психически здоровые люди, совершают убийства. Однако пожилые люди с деменцией с подобными деликтами практически не изучены. Из 488 убийств, совершенных в Чувашии в 2011–2020 гг., на долю больных с деменцией приходилось только шесть (1,2%) случаев (пять мужчин и одна женщина в возрасте от 60 до 80 лет, средний возраст – 69,5±7,1 года). Все были признаны невменяемыми, так как имели выраженные симптомы органической деменции умеренной степени тяжести. Криминальную агрессию они совершили против людей из ближайшего окружения (знакомых, соседей, супруг, детей) подручными средствами (кухонными ножами, тупыми предметами, удушением), с которыми вместе употребляли алкогольные напитки, что явилось дополнительным фактором ситуационно спровоцированных действий в виде интеллектуальной несостоятельности (неспособности принять правильное решение в конфликтных ситуациях). Убийцы имели низкий уровень (начальное и среднее) образования, многие проживали одни, в прошлом неоднократно привлекались к уголовной ответственности, в том числе и за преступления против жизни и здоровья. Диагноз деменции во всех случаях был впервые поставлен на судебно-психиатрической экспертизе. Это свидетельствует о поздней диагностике деменции у людей пожилого (старческого) возраста и об отсутствии адекватной медико-социальной помощи данной группе населения.

Ключевые слова: деменции, убийства, распространенность, невменяемость, люди пожилого (старческого) возраста

HOMICIDES AMONG THE ELDERLY WITH DEMENTIA

^{1,2}Golenkov A.V., ¹Stepanova A.A.

¹Chuvash State University named after I.N. Ulyanov, Cheboksary, e-mail: anastasiya23s@yandex.ru;

²Institute for Advanced Training of Doctors Ministry of Health of the Chuvash Republic, Cheboksary

Patients with mental disorders are more likely than mentally healthy people to commit murder. However, older adults with dementia with such torts have received little research. Of the 488 murders committed in Chuvashia in 2011-2020, patients with dementia accounted for only six (1.2%) cases (five men and one woman aged 60 to 80 years, average age – 69.5±7.1 years). All were declared insane, as they had severe symptoms of organic dementia of moderate severity. They committed criminal aggression against people from their immediate circle (acquaintances, neighbors, spouses, children) using improvised means (kitchen knives, blunt objects, strangulation), with whom they drank alcoholic beverages, which was an additional factor of situationally provoked actions in the form of intellectual failure (inability make the right decision in conflict situations). The killers had a low level of education (primary and secondary), many lived alone, and had been repeatedly prosecuted in the past, including for crimes against life and health. The diagnosis of dementia in all cases was first made during a forensic psychiatric examination. This indicates a late diagnosis of dementia in elderly people and the lack of adequate medical and social care for this group of the population.

Keywords: dementia, murder, prevalence, insanity, elderly people

Лица с психическими расстройствами (ПР) значительно чаще, чем психически здоровые люди, совершают различные преступления, включая убийства [1]. Наиболее криминогенными считаются молодые больные мужского пола с шизофренией, органическими ПР, личностными расстройствами, ПР вследствие приема психоактивных веществ и коморбидными (смешанными) ПР [2–4]. При этом пожилые люди (старички) и лица, имеющие ослабляющие заболевания, совершают убийства в несколько раз реже [5–7]. Очевидно, поэтому данная группа, особенно страдающая деменциями (приобретенным слабоумием), изучена недостаточно полно [8, 9]. Между тем современная демографическая ситуация во мно-

гих странах мира, включая Россию, свидетельствует о росте пожилых людей, среди которых эта психическая патология чрезвычайно распространена [10]. Указанное обстоятельство обуславливает научный интерес и практическую значимость агрессивного поведения и, в частности, убийств среди данной демографической группы [7, 11]. В недавнем исследовании одного из авторов, рассматривающем психиатрические аспекты убийств в Чувашии в 2011–2020 гг., деликты, совершенные больными с деменциями, детально не изучались [1].

Цель исследования – проанализировать убийства среди лиц пожилого возраста с деменцией на территории Чувашской Республики.

Материалы и методы исследования

Изучено шесть историй болезней пациентов пожилого возраста с деменцией (пять мужчин и одна женщина в возрасте от 60 до 80 лет, средний возраст $69,5 \pm 7,1$ года), совершивших убийство и взятых из репрезентативной выборки из 488 случаев [1]. Анализировались их клинические (психиатрические), социально-демографические и криминологические показатели.

Результаты исследования и их обсуждение

Из 488 убийств только 6 (1,2%) были совершены больными с деменциями. Все признаны невменяемыми, так как в момент деликта в силу интеллектуальной несостоятельности они были не способны осознавать (контролировать, принять правильное решение в конфликтных ситуациях) свои действия [8]. Больные имели начальное или среднее образование, пятеро в прошлом привлекались к уголовной ответственности, четверо – за преступления против жизни и здоровья, многие несколько раз. Только двое имели жен, остальные были вдовцами или одиночками. Пятеро совершили убийство в состоянии алкогольного опьянения против окружающих, с которыми вместе пили; они все были знакомыми людьми (соседями) или родственниками (сын, жена). В качестве орудий в двух случаях использовались кухонные ножи, в трех – тупое оружие (молотки, палки, камни), в одном случае убийство совершено путем удушения.

В качестве иллюстрации особенностей гомицидного поведения пожилых людей с деменцией приведем один из описанных случаев убийств.

Мужчина М., 80 лет, пенсионер, вдовец, ранее судимый, проживающий в собственном частном доме в городе один, но в последнее время с В., потерпевшим по настоящему делу, который осуществлял за ним уход. Со слов окружающих, убийца злоупотреблял спиртными напитками, был человеком со странностями, так как что-то постоянно искал в мусорных контейнерах и тащил найденное к себе во двор. Зачастую не замечал окружающих, не отвечал на вопросы и приветствия, неадекватно смеялся; весь двор его дома был завален различными бытовыми отходами, ненужными предметами и строительным мусором. Неоднократно высказывал идеи, что соседи украли его деньги, паспорт, документы, какие-то вещи. Под наблюдением психиатра и нарколога не состоял, за медицинской помощью к врачам по месту жительства не обращался, какие-либо медицинская документация на него отсутствовала.

Согласно материалам уголовного дела, М., будучи в состоянии алкогольного опьянения, в ходе ссоры, используя в качестве орудий подручные средства, умышленно нанес несколько ударов ножом, топором, кочергой в область расположения жизненно важных органов – голову и другие части тела В., причинив тем самым последнему открытую черепно-мозговую травму, множественные колото-резаные ранения туловища, от чего последний скончался через короткий промежуток времени. На допросе пояснил, что при распитии спиртных напитков с «неизвестным мужчиной» (В., который за ним ухаживал) возникла ссора из-за взаимных оскорблений. В ответ на это избил (убил) обидчика с помощью различных предметов. Более подробных обстоятельств произошедшего вспомнить не смог.

При обследовании в психиатрическом отделении: контакт затруднен из-за тугухости и интеллектуально-мнестического снижения. Ориентировка во времени грубо нарушена: не знает текущую дату, время года, свои паспортные данные (дату своего рождения, возраст и др.). Цель обследования и нахождения в больнице не понимает. Мышление нецеленаправленное, торпидное, обстоятельное. Эмоциональные реакции неустойчивые, однообразные. Бредовых идей активно не высказывает. Объективных признаков обманов восприятия нет. Свою вину отрицает. Критико-прогностические способности грубо нарушены. Себя считает полностью психически здоровым.

При психологическом обследовании: выполнение методик не всегда доводит до конца. Интеллект резко снижен. По тесту MMSE набрал 12 баллов, что соответствует деменции умеренной степени выраженности. Мышление ригидное, его целенаправленность, продуктивность и критичность снижены. Самостоятельно не справляется даже с простыми пробами на исключение лишнего предмета и обобщение. При сравнении понятий склонен к актуализации наглядных, поверхностных признаков. С самыми простыми пространственно-конструктивными пробами по методике Кооса справляется, более сложные – не выполняет даже при направляющей помощи экспериментатора. Значительно снижена способность к установлению причинно-следственных связей и целостному осмыслению ситуаций. Прослеживается склонность к аффективно насыщенному рассуждательству; суждения примитивны, не всегда последовательны. Память значительно снижена (кривая запоминания 10 слов: 0, 2, 3, 4...0; при воспроизведении короткого рассказа непосредственно после

его прочтения допускает ошибки по типу конфабуляций). Внимание инертное, в то же время неустойчивое, со снижением его способности к целенаправленной концентрации и распределению. В личностной сфере выявляются: снижение уровня личности, нарушение критико-прогностических способностей, утраты способности к объективной оценке социальных ситуаций и себя, склонность к переоценке собственной личности, нарушение эмоционально-волевой сферы с обеднением и неустойчивостью эмоциональной сферы, нарушением самоконтроля.

На основании вышеизложенного комиссия врачей-психиатров пришла к заключению, что в период инкриминируемого деяния у М. обнаруживались и обнаруживаются в настоящее время клинические признаки хронического ПР в форме органического расстройства личности выраженной степени (F-07.08 по МКБ-10). Вышеуказанное ПР выражено столь значительно, что лишило М. в период инкриминируемого ему деяния способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими [8].

В представленном случае преобладают проявления амнестического синдрома с выраженными нарушениями памяти на прошлые и текущие события, грубо нарушена ориентировка во времени и окружающей обстановке. Вероятно, были психотические симптомы в виде несистематизированного бреда воровства и «синдром Плюшкина» (патологическое накопительство). Диагноз деменции умеренной степени выраженности не вызывает сомнений. Как указывается в руководстве по гериатрической психиатрии, таким больным доступна только самая простая рутинная работа по дому, но в то же время им необходима постоянная поддержка и помощь, даже в самообслуживании [10]. Совершению убийства (общественно опасного деяния) способствовал комплекс неблагоприятных факторов: употребление алкоголя, как и наличие прошлого криминального опыта, с выраженной интеллектуальной несостоятельностью (неспособностью принять правильное решение в конфликтных ситуациях). Во всех других пяти случаях убийств, совершенных больными с деменциями, ведущим психопатологическим механизмом общественно опасных деяний у них так же, как и в описанном выше случае, являлась интеллектуальная несостоятельность [8].

По результатам исследования зарубежных авторов было выявлено, что наиболее распространенным клиническим признаком в случаях убийств, совершенных людьми с деменцией, являлся психоз, что, возмож-

но, неудивительно, учитывая, что психотические симптомы концептуализируются в рамках синдрома поведенческих и психологических симптомов деменции и встречаются примерно у 25% таких больных [7]. Сообщалось о различных психотических симптомах, включая бредовую ревность, вероятный случай бредовой неправильной идентификации, приписываемой прозопагнозии, и бред преследования. Были отмечены специфические бредовые идеи преследования по отношению к жертве, например убеждения в том, что жертва злоупотребляла, нападала или воровала у человека с деменцией. В учреждениях по уходу за престарелыми по месту жительства большая доля (~29%) агрессивных жителей, участвовавших в ссорах, приведших к смерти, страдали шизофренией. Убеждения в отношении жертвы преследования могут predisposing к насильственному поведению из-за бредовых рассуждений преступника. Таким образом, особую озабоченность должны вызывать люди с деменцией, страдающие бредовыми идеями самого различного содержания [5, 7, 11].

У пожилых людей с деменцией, совершивших убийство, был выявлен ряд расстройств, связанных с употреблением алкоголя, включая острую интоксикацию, соматоневрологические последствия, связанные с алкоголем, а также развитие зависимости и связанных с ней (коморбидных) ПР [7–9].

Патология личности у людей с деменцией, совершающих убийства, рассматривалась нечасто. Только в одной относительно крупной серии случаев систематически оценивались личностные расстройства у пожилых преступников, совершивших убийства. Было обнаружено, что они присутствуют у 44%, причем это сопутствующее заболевание менее вероятно у лиц в возрасте 60 лет и старше [6]. Предпосылка, что патология личности, связанная с психопатией, сохраняется на протяжении всей жизни, может объяснить отсроченные правонарушения, когда порог насилия достигается только вместе с появлением когнитивных нарушений [3].

Также важен факт сочетания близости к жертве и ее уязвимости к смерти после нападения, поскольку некоторые летальные случаи могут явиться результатом телесных повреждений без умысла лишить жертву жизни [9]. Исход агрессии, приводящий к смерти, может быть обусловлен слабостью жертвы и ее случайной близостью к человеку с деменцией (преступнику).

Следует отметить, что люди с деменцией также подвержены высокому риску раз-

вятия бреда (психотических нарушений), который может вызывать или усугублять нарушения поведения. Однако бред обычно неправильно диагностируется и недооценивается по целому ряду причин, включая состояния помрачения сознания у людей с деменцией. Важно определить, что при соответствующем лечении можно добиться купирования делирия и значительно улучшить психическое состояние такого больного. У госпитализированных пациентов старше 65 лет, поступающих к гериатрам, до 80% могут страдать деменцией, а у 62% развивается сопутствующий бред [12]. Это подчеркивает важность скрининга на бред у людей с деменцией. Учитывая, что «гиперактивный бред» может сопровождаться психомоторным возбуждением и агрессией, он также может быть обратимым фактором тяжелой агрессии, приводящей к убийству. В связи с этим можно судить о том, что систематическое обследование когнитивных функций как части комплексной клинической оценки пожилых преступников, совершивших убийства, играет особо важную роль [6, 7].

По данным одного зарубежного исследования [5], из 2397 пациентов 204 (8,5%) имели поведение, которое можно было интерпретировать как криминальное. Основные диагностические группы включали поведенческий вариант лобно-височной деменции ($n = 64$), семантический вариант первичной прогрессирующей афазии ($n = 24$), болезнь Альцгеймера ($n = 42$) и болезнь Хантингтона ($n = 6$). Все основные группы были схожи демографически, за исключением возраста на момент совершения криминального поведения; эта переменная была значительно ниже среди пациентов с поведенческим вариантом лобно-височной деменции и пациентов с семантическим вариантом первичной прогрессирующей афазии, чем у пациентов с болезнью Альцгеймера. Диагностической группой с наибольшим процентом пациентов с криминальным поведением был поведенческий вариант лобно-височной деменции (37,4%), за которой следовал семантический вариант первичной прогрессирующей афазии (27,0%), в то время как пациенты с болезнью Альцгеймера были среди наименее склонных к совершению преступлений (7,7%). Типы преступлений были дополнительно исследованы в трех основных диагностических группах. Пациенты с поведенческим вариантом лобно-височной деменции были значительно более склонны к совершению всех видов преступлений, за исключением несчастных случаев с наездами и побегами. В данной группе 6,4% пациентов проявля-

ли ту или иную форму насилия (примерно наполовину словесного и наполовину физического), по сравнению с 3,4% пациентов с семантическим вариантом первичной прогрессирующей афазии и 2,0% пациентов с болезнью Альцгеймера.

При стратификации по полу мужчины значительно чаще, чем женщины, оказывали сексуальные домогательства (15,2% vs 5,1%). Все пациенты, которые мочились в общественных местах, были мужчинами. Никакие другие различия между полами не были статистически значимы [5].

По вопросу о методах убийства, по результатам систематического обзора зарубежных источников, в пяти из девяти статей была выявлена связь между шизофренией / бредовым расстройством и использованием острых инструментов в качестве метода убийства. Четыре из девяти исследований выявили связь между расстройствами настроения (биполярным расстройством / глубокой депрессией) и удушением/асфиксией/задоханием/утоплением [13].

По результатам исследования постгомицидных самоубийств в Чувашии, всем пациентам, совершившим самоубийство после убийства, выставлен по МКБ-10 диагноз того или иного ПР (шизофрения, ПР вследствие потребления алкоголя, депрессивный эпизод с психотическими симптомами). По статистике, психическая патология чаще наблюдалась при постгомицидных самоубийствах у пожилых людей: 34% жертв, 30% преступников и 36% обоих участников деликта имели серьезные ПР (7,5% жертв – деменцию). Домашнее насилие прослеживалось в 24% случаев. Развод, расставание, разлука у партнеров выявлялись только в 13%. Если мотивы для самоубийств у преступников-убийц старше 50 лет выявлялись в 74% случаев, то у более молодых лиц их доля была значительно ниже [14].

В результате статистического анализа А.Б. Цымбаловой, А.В. Голенкова [2], среди исследуемой группы лиц пожилого и старческого возраста, совершивших убийства в Чувашии, невменяемыми признаны 12,9% (чаще всего с органической деменцией и психозом, коморбидными ПР), и их в последние годы стало достоверно больше (4,1; 11,7 и 22%; $p < 0,001$). Испытуемые чаще всего убивали знакомых людей (37,9%), супругов (32,4%), родственников (27%) и очень редко незнакомых людей (2,7%); подэкспертные без ПР чаще направляли свою агрессию на своих супругов (сожителей), чем лица с ПР (45% vs 29,7%; $p = 0,006$). Из орудий преимущественно использовалось холодное оружие (45,9%) и тупые предметы (33,9%); психически

здоровые испытуемые чаще прибегали к колюще-режущим предметам, чем лица с ПР (60% vs 43,7%; $p = 0,005$). В состоянии алкогольного опьянения находились в момент деликта 71,7% [2].

Заключение

Учитывая взаимосвязь между психиатрическими и когнитивными факторами у лиц с деменцией, совершивших убийства, следует рассмотреть возможность использования специализированных служб гериатрической судебной психиатрии. Даже не совершая преступлений, эти люди нуждаются в большом внимании и заботе.

Список литературы

1. Голенков А.В. Психиатрические аспекты убийств в Чувашии (2011–2020 годы) // Acta medica Eurasica. 2023. № 3. С. 16–23.
2. Цымбалова А.Б., Голенков А.В. Убийства, совершенные в Чувашии людьми позднего возраста: эпидемиологический и судебно-психиатрический аспекты // Судебная психиатрия: современные проблемы теории и практики (диагностика, экспертиза, профилактика): материалы науч.-практ. конф. с межд. участием. М.: Изд-во Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского, 2018. С. 176–178.
3. Carabellese F., Felthous A.R., Mandarelli G., Montalbò D., La Tegola D., Parmigiani G., Rossetto I., Franconi F., Ferretti F., Carabellese F., Catanesi R. Women and Men who Committed Murder: Male/Female Psychopathic Homicides // J. Forensic Sci. 2020. Vol. 65, Is. 5. P. 1619–1626. DOI: 10.1111/1556-4029.14450.
4. Nielssen O., Lyons G., Oldfield K., Johnson A., Dean K., Large M. Rates of homicide and homicide associated with severe mental illness in NSW between 1993 and 2016 // Aust. NZJ Psychiatry. 2022. Vol. 56, Is. 7. P. 836–843. DOI: 10.1177/00048674211040016.
5. Liljegren M., Naasan G., Temlett J., Perry D.C., Rankin K.P., Merrilees J., Grinberg L.T., Seeley W.W., Englund E., Miller B.L. Criminal Behavior in Frontotemporal Dementia and Alzheimer Disease // JAMA Neurol. 2015. Vol. 72, Is. 3. P. 295–300. DOI: 10.1001/jamaneurol.2014.3781.
6. Putkonen H., Weizmann-Henelius G., Repo-Tiihonen E., Lindberg N., Saarela T., Eronen M. Homicide, psychopathy, and aging: a nationwide register-based case-comparison study of homicide offenders aged 60 years or older // J. Forensic Sci. 2010. Vol. 55, Is. 6. P. 1552–1556. DOI: 10.1111/j.1556-4029.2010.01488.x.
7. Sundakov-Krumins T.E., Lubbe S., Wand A.P.F. Homicide and Dementia: A Systematic Review // Dement. Geriatr. Cogn. Disord. 2022. Vol. 51, Is. 1. P. 1–17. DOI: 10.1159/000521878.
8. Руководство по судебной психиатрии в 2 т. Т. 1: практическое пособие / Под ред. А.А. Ткаченко. 4-е изд., перераб. и доп. М.: Юрайт, 2023. 523 с.
9. Murphy B., Bugeja L., Pilgrim J., Ibrahim J.E. Deaths from resident-to-resident aggression in Australian nursing homes // J. Am. Geriatr. Soc. 2017. Vol. 65, Is. 12. P. 2603–2609. DOI: 10.1111/jgs.15051.
10. Руководство по гериатрической психиатрии / Под ред. С.И. Гавриловой. М.: Медпресс-информ, 2020. 440 с.
11. Ekström A., Kristiansson M., Björkstén K.S. Dementia and cognitive disorder identified at a forensic psychiatric examination – a study from Sweden // BMC Geriatr. 2017. Vol. 17, Is. 1. P. 219. DOI: 10.1186/s12877-017-0614-1.
12. De J., Wand A.P.F., Smerdely P.I., Hunt G.E. Validating the 4A's test in screening for delirium in a culturally diverse geriatric inpatient population // Int. J. Geriatr. Psychiatry. 2017. Vol. 32, Is. 12. P. 1322–1329. DOI: 10.1002/GPS.4615.
13. Minero V.A., Barker E., Bedford R. Method of homicide and severe mental illness: A systematic review. Aggress. Violent. Behav. 2017. Vol. 37. P. 52–62. DOI: 10.1016/j.avb.2017.09.007.
14. Голенков А.В., Зотов П.Б. Постгомцидные самоубийства. Тюмень: Вектор-Бук, 2022. 424 с.