

# Ekspertiis kriminaalkohtupsühhiaatrias – ülevaade ja soovitusi

Ants Anderson<sup>1</sup>

Eesti Arst 2013;  
92(11):634–640

Saabunud toimetusse:  
30.07.2013  
Avaldamiseks vastu võetud:  
03.09.2013  
Avaldatud internetis:  
27.12.2013

<sup>1</sup>Stockholmi  
Kohtupsühhiaatria Kliinik

Kirjavahetajaautor:  
Ants Anderson  
[eneants61@gmail.com](mailto:eneants61@gmail.com)

**Võtmesõnad:**  
kriminaalkohtupsühhiaatria,  
kohtupsühhiaatriline  
diagnostika, süüdivus/  
süüdimatus

Kirjutises on käsitletud kohtueelset kohtupsühhiaatriaekspertiisi kahtlustatava kohta kriminaalasjas. Sellist ekspertiisi nähakse üldiselt kohtupsühhiaatri peamise tööülesandena. Artiklis on antud ülevaade töö käigust, käsitledes ka toimetulekut tegu salgava, intervjuust keelduva, valetava või haigust simuleeriva uuritavaga. Puudutatud on kohtupsühhiaatria eetika põhimõtteid.

Artikli aluseks on osalt rahvusvaheliselt tunnustatud seisukohad ja osalt siinkirjutaja tähelepanekud ja kogemused, mis on omandatud kolmekümne aasta kestel Rootsisis Stockholmi kohtupsühhiaatria ülikoolikliinikus. Põhiline on sealjuures vaade kohtupsühhiaatriale kui omaette meditsiinilisele erialale ja selle korraldusele, kus töötavad vastava lisakoolitusega spetsialistid. Nendest alustest lähtudes on autor lisanud soovitusi kohtupsühhiaatria korralduse ja kohtuga koostöö kohta.

Psühhopatoloogia ja kuritegude vahel on mitmesuguseid seoseid. Esiteks on alati teatud, et vaimuhaiged võivad mõnikord toime panna väga raskeid kuritegusid. Teiseks on laialt teada ka see, et õigusrikkujate psüühikahäiretel ja -puuetel on küllaltki suur tähtsus kuritegude põhjustegurina. Kolmandaks on raskeid psüühikahäireid üldjuhul nähtud õigusvastast tegu vabandava ehk moraalset süüd vähendava või kustutava asjaoluna. Teatavasti tehakse kogu tsiviliseeritud maailmas psüühiliselt (piisavalt) haigetele või (piisavalt tõsiste) psüühiliste puuetega isikutele erandeid karistusõiguslikus õigusemõistmises. Sellele vaatamata esineb n-ö normaalseks tunnustatud karistusekandjatel küllaltki palju psühhiaatrilisi häireid.

Ekspertiisitöö kvaliteedi tagamine ja parandamine sõltub kohtupsühhiaatria arenguvõimalustest. Sellel eesmärgil on ülimalt soovitatav üles ehitada omaette kohtupsühhiaatriaüksused (osakonnad vms) ekspertide oskuste arendamiseks. Neis üksustes on lisaks arstidele palgalistel ametikohtadel psühholoogid ja sotsiaaltöötajad. Samuti on soovitatav juriidiliselt kindlaks määrata standardne kohtupsühhiaatriaekspertiis küllaldaselt täieliku uuringuna (kahtlustatava kohta kohtu eel), mis üldjuhul ei vaja eriliste küsimuste esitamist.

Iga kohtupsühhiaater teab ja austab kohtu suveräänsust. Teatavasti on eksper-

tiisi seisukohad üksnes nõuandvad. Kohus võib käsitleda eksperdiarvamust osaliselt või täiesti ekslikuna, seda ignoreerida või määrata kordusekspertiisi. Kohtupsühhiaater ei tohi karistusõiguslikes ja faktilise süü küsimustes arvamust avaldada või ettepanekuid teha, küll aga süüdivuse/süüdimatuse, ravivajaduse, ohtlikkuse ja muu prognoosimisega seotu kohta, mis kuulub tema pädevusse. Loomulikult on kahtlustatava psühhiaatriline hinnang – diagnoosid koos juurdekuuluvate kliiniliste asjaoludega – kohtupsühhiaatri ainupädevuses.

## Ettevalmistav tööjärg

Kui kuriteo uurimise käigus või selle menetlemisel kohtus tekib kahtlus kahtlustatava psüühilise normaalsuse suhtes, väljastatakse nn ekspertiisimäärus. Oluline on, et ekspertiisimääruse taga oleks alati kohus, kuna psühhiaatrilise uurimise neutraalne algatus on tähtsaks eelduseks kohtupsühhiaatri sõltumatusele ja erapooletusele. Heaks tavaks on seejuures, et kohtupsühhiaatriline ekspertiisimäärus otsustataks alles siis, kui kohus kahtlustatava üles-tunnistuse või kaalukate tõendite alusel on jõudnud esialgse seisukohani, et ta on süüdistusaktis antud teod toime pannud. Kohtupsühhiaatriaekspertiisi tellimise motiiviks võivad eriti olla märgatavalt ebanormaalne psüühikaseisund, teopuhuse käitumise haiguslik ilme, erakord-

selt jõhker või perversne süütegu, tõsiste kuritegude kordumine, kahtlustatava psühhiaatrilise abi vajadus minevikus jm. Kohtupsühhiaatriaekspertiisi vajalikkust hindab kohus oma eeldustel või eksperdi nõuandel. Rootsisis teevad kohtu ülesandel kohtupsühhiaatrid või üldpsühhiaatrid kohtupsühhiaatrilisi eelhindamisi, millega antakse kinnitust kohtupsühhiaatriaekspertiisi vajalikkuse kohta või selgitatakse, et kohtupsühhiaatriekspertiis ei ole vajalik. Mõneti vastab sellele Eesti praktika, kus ambulatoorne kohtupsühhiaatriaekspertiis osutub enamasti piisavaks, ent on ka mõnel juhul kasutatav selleks, et tuvastada stationaarse kohtupsühhiaatrilise ekspertiisi vajalikkus. Tavapäraselt tuleb ambulatoorne kohtupsühhiaatriaekspertiis valmis teha kahe nädala jooksul, aga stationaarse ekspertiisi tähtajaks on kaks kuud (1), mis üldjuhul on küllaldane.

Kui ekspertiisimäärus on saanud kohtupsühhiaatria osakonda, on kohtupsühhiaatriaekspertiisi esimeseks tööks tutvuda uuritava kriminaalaja toimikuga, sealhulgas süüdistusaktiga. See on hädavajalik isikuvastaste tegude ja süütamiste puhul, aga kasulik ka kõigil muudel juhtudel. Mõnikord võib vaja olla ära oodata süüdistusakti saabumine.

Uuritava elukäiku valgustava informatsioonina tuleb koguda andmeid näiteks haridustee, sõjaväeteenistuse ja haiglaravi kohta ning kohtuda uuritavat hästi tundnud isikutega. Seda tööloiku peab uuritaval olema õigus piirata sellega, et ta oma olukorra varjamiseks keelab võtta ühendust teatud isikute või asutustega.

Ülimalt soovitatav on uuritava ööpäevaringne jälgimine võimalikult asjatundliku personali poolt. See võib osutada vajalikuks ka uurimiskoostöös vabaduses viibiva tõrksa uuritavaga. Parimal juhul on võimalik uuritav sisse võtta kohtupsühhiaatria osakonna stationsaari, kus saab jälgida ka tema sotsiaalset käitumist. Ühtlasi on uuritava n-ö käepärane asumine arsti ja psühholoogi kabineti läheduses muidugi praktiline. Vaatlusosakonda sissevõtmisel tuleb selgitada uuritava kehaline ja esialgne neuroloogiline staatus ning tähele panna tema võimalikku meditsiinilise abi vajadust.

Kohtupsühhiaatri esmane intervjuu uuritavaga peaks toimuma esimesel võimalusel. Selguva teabe alusel saab tellida kliiniliskeemilisi, neurofüsioloogilisi vms eriuurin-

guid, koostöös sotsiaaltöötajaga valida sobivaid kontaktisikuid ja kasulikke kirjalikke allikaid ning koostöös psühholoogiga planeerida vajalikke psühholoogilisi teste.

### Kohtupsühhiaatri intervjuud

Teatavasti on isiklik intervjuerimine psühhiaatrilise diagnostika peamiseks ja ühtlasi kohustuslikuks meetodiks. See kehtib eriti kohtupsühhiaatrilise diagnostika kohta, mille juurde kuulub ju teatud kriminoloogiline-kriminaalpsühholoogiline uurimine.

Ka näiliselt kõige lihtsamal juhul tuleb sealjuures järgida teatud standardnõudeid. Minimaalselt tuleb teha kaks vähemalt poole tunni intervjuud eri päevadel (tavalistel juhtudel kulub keskmiselt viis kõnelust), istudes (näiteks kahel pool kirjutuslaua ääres) ja nelja silma all, kusjuures uuritav on vaba käeraudadest või muudest sunnivahenditest. Nendest nõuetest võib teha järeleandmisi ainult siis, kui uuritav on raskesti haige või kui tema käitumine kätkeb suurt ohtu. Kui kohtupsühhiaater ei ole saanud nendel tingimustel uuritavat intervjuerida, siis ei tohiks ta – igatahes ilma reservatsioonideta – süüdistatava kohta eksperdiarvamust anda.

Uuritavat arstikabinetis intervjuerides peavad põhilised turvanõuded olema juba rutiinselt rahuldatud. Istekohad peavad paiknema nii, et arstil on kergem ukse poole karata kui uuritaval. Nähtaval ei tohi olla külmrelvana kasutatavaid esemeid nagu terariistad, pudelid, kaablid jm. Kui uuritava ohtlikkus on väga suur, võib korraldada, et kabineti uks on paakil ja valvur istub selle lähedal koridoris.

Esimese intervjuu algus võib kujuneda nagu juhtub, peaasi et saab uuritavaga hoida viisakat tooni ja luua temaga kontakti. Kohtupsühhiaatri kutse-eetika nõuab, et psühhiaater teavitab uuritavat oma kohtulikust ülesandest ja lojaalsusest ning sellest, et tema vaikimiskohustus ei takista tal olla avameelne kohtu ees. Eriala kutse-eetika tekstides on tihti rõhutatud, et arst peab respektierima, et kohtupsühhiaatriline töö on väga erinev tervishoidlikust patsienditööst (2). See on aga vaid osaliselt tõsi. Arst peab ikkagi jääma arstiks. Asjalikkuse ja erapooletuse kõrval peab kohtupsühhiaater käituma viisakalt ja sõbralikult, respektierides uuritava inimväärikust. Arstina ei tohi ta olla ükskõikne uuritava aktuaalsete tervisehäirete või abstinentsinähtude suhtes,

vaid peab pakkuma meditsiinilist abi või vähemalt teavitama selle võimalikust osutamiseks. Niisugustes oludes on empaatilisel kohtupsühhiaatril mitte ainult rahulik töökeskkond, vaid ka suuremad võimalused saavutada uuritavaga hea kõnekontakt.

Õigusemõistmise ja kohtu autoriteedi alusel on kohtuekspert kohustatud töötama hoolikalt ja põhjalikult. Ka kohtupsühhiaatri kutse-eetikas on rõhutatud põhikohustustena olla aus, erapooletu ja võimalikult objektiivne (3). Sellepärast tuleb klienti suhtuda asjalikult ja lipitsemata ning igakülgset järgida oma sõltumatut positsiooni.

Hea intervjuukontakt on ülitähtis eeldus kvaliteetseks eksperditööks, kuna see annab rikkalikuma teabe ja vähendab uuritava valelikkust ja/või vaenulikkust ning võib uuritavale pealegi avaldada terapeutilist mõju, näiteks äratada tema teadlikkust oma abivajadusest ja vähendada tema viha ühiskonna õigusorganite vastu. Tähelepanav on, et just vaenuliku ja vihase kliendi psühhiaatriline portreeterimine võib kergesti vääriti minna. Intervjuu sessioon ei peaks ületama 1,5 tundi. Kui uuritav on muulane ja vastastikune keeleline mõistmine ei ole päris rahuldav, tuleb vähemalt ühel intervjuutunnil kasutada tõlki.

Mõni uuritav on jutukas ja tahab ise kõike kirjeldada ja seletada. Eriti siis, kui uuritava monoloog on liiga ühekülgne või dramatiseeriv või tundub valelikuna, on targem küsimustega sekkuda ja hakata plaani järgi kõneluse sisu juhtima. Üsna loomulikuks kõneaineks on uuritava elulugu. Soovitav – ehkki mõnikord raske – on hoida aktuaalne süütegu ja sündmustik selle ümber intervjuusarja lõpuks ning sellele (olevikule) läheneda uuritava elukäiku pidi aegamööda, alates tema vanemate ja lapsepõlvega. Olulised on muidugi ka psühhiaatrilised küsimused. Juhitud intervjuuerimine küllalt sagedate lisa- ja kontrollküsimustega peaks vähendama valede, moonutuste ja arusaamatuste sügenemise riski. Samas ei tohi kohtupsühhiaater intervjuud liiga tugevasti juhtides selle sisu omaenda eelarvamuste poole kallutada. Oluline on, et intervjuud toimuksid ilma kolmandate isikute nagu prokuröri, advokaadi, kontaktisiku jts juuresolekuta. On näidatud, et kolmanda isiku juuresolek mõjutab nii klienti kui ka kohtupsühhiaatrit (4).

Intervjuu informatiivsuse ja tõepärasuse huvides tuleb intervjuuerijal olla asjalik ja

märgatavate eelhoiakuteta. Uuritava ütlusi tuleb vastu võtta mittemidagiütlevalt ja lühidalt, näiteks mh-mh-öeldes, kuna intervjuuerija imestamine, vaimustumine, pettumine, taunimine vms võib jutu sisu ebasobivas suunas viia või uuritaval hoopis suu sulgeda. Üldse on tähtis, et kohtupsühhiaater on aus ja teesklematu, et tal on võimalikult neutraalne hoiak aktuaalsete süütegude suhtes ning et tema kriminaalpoliitilised vaated on realistlikud.

Kas ja kui palju märkmeid sobib intervjuu ajal teha, on eksperdi temperamendi ja harjumuse küsimus. Mõnele sobib räägitu kirja panna alles pärast intervjuud. Märkmete tegemine intervjuu ajal võib olla natuke ärritav. Intervjuerimine rahulikus tempos võimaldab aga tähtsamate faktide, huvitavate väljendite või tervete tsitaatide ja võib-olla mõnede staatustähelepanekute ülesmärkimist, mis annab kasulikku materjali ekspertiisiakti koostamiseks ning hea aluse vastamiseks täiendaval kohtuküsitlusel. Mikrofoni või videokaameraga n-ö spioneerida kliendi toas või ühispalatis ning intervjuusid salvestada ilma kliendi nõusolekuta ei tohiks. Kliendil peab olema teadmine, et arst uurib teda ainult silmitsi ja aumehelikult. Videosalvestamine, näiteks õppevahendi koostamiseks, eeldab kliendi ja tema advokaadi nõusolekut. Siinkohal on põhjust hoiatada mälu aktiveerimise katsete eest hüpno- või narkoanalüüsi abil, mis nõuavad nii kohtu kui ka uuritava nõusolekut ning mis võivad tuua segadust kliendi süü ja kohtupsühhiaatri erapooletuse küsimustes.

Intervjuerimise kohta tuleb lisada, et tänapäevases psühhiaatrilises diagnostikas kasutatakse sageli teaduslikult läbitöötatud küsimustikke teatud sündroomi täpsemaks diagnoosimiseks või selle raskusastme mõõtmiseks. Sellise formularil põhineva anamneesi võtmisega lepivad uuritavad tavaliselt hästi.

## **Uuritava faktiline süü, sooritatud teo iseloom ja kohtupsühhiaatri erapooletus**

Kriminaalkohtupsühhiaatria peamiseks küsimuseks on uuritava psüühiline seisund temale süüks pandava teo toimepanemisel. Lisaks sellele on uuritava vaade oma teole tähtis aspekt prognoosi ja ohtlikkuse hindamisel. Ebaselgused kuriteosündmuses, näiteks kui süüdistusakt ja uuritava ütlused

sisuliselt lahknevad, võivad sellepärast mõnel juhul kohtupsühhiaatri vaadet toimunule ähmastada.

Kohtupsühhiaater peab muidugi lähtuma süüdistusaktis antud süütegude kirjeldusest ja nende karistusõiguslikust kategoriseerimisest. Kohtupsühhiaater ei tohi tulla omapoolsete karistusõiguslike hinnangutega, vaid peab jääma erapooletuks küsimustes, kas see oli uuritav, kes tegi; kas uuritav toimis tahtlikult; millise paragrahvi kuriteokoosseisule tegu vastab; kas tema tegu võis olla õigustatud ning kas teo toimepanemises on raskendavaid ja kergendavaid asjaolusid.

Enamasti ei ole süüdistusakti kuriteokoosseis probleemne – uuritav tunnistab, et ta on sellele vastavalt käitunud. Kuriteosündmust, uuritava osalust selles, tema mõtteid, tundeid ja arusaamist sealjuures ning tema enda hilisemat vaadet oma käitumisele saab uuritavaga läbi arutada ja seda tulebki teha. Siiski on ka üsna tavaline, et uuritav täielikult või osaliselt eitab faktilist süüd. Tõendid tema vastu näivad sellisel juhul harilikult siiski veenvana. Siinkohal vajab täpsustamist, et „süü“ ei ole täpne mõiste. Seepärast on kasutatud terminit „faktiline süü“, mis puudutab seda, kas uuritav tegi ja mida tegi, et eristada seda mõistet karistusseadustiku „moraalse süü“ mõistest, mis seostub vastutusega oma teo eest seaduse ja üldise moraali ees. Kohtupsühhiaater peab siis oma töös leppima süüdistusaktis leiduva infoga kuriteosündmuse kohta. Umbes sama lugu on siis, kui uuritav on täielikult või osaliselt kuriteosündmuse unustanud. Väide unustusest võib uuritava poolt vaadatuna olla taktikaline ja petlik (5). Kui on tegemist tõelise mämlulüngaga, võib see olla teotegija erandliku psüühikaseisundi (näiteks ülima afekti, lühiajalise psühhootilisuse, alkohooliku ebanormaalse joobe, epileptilise hämaroleku vm) tunnuseks.

Väga harvadel juhtudel, kui tehnilised tõendid puuduvad ja süüdistatav suhteliselt usutavalt eitab aktuaalset tegu, võib kohtupsühhiaatril tekkida kahtlus uuritava faktilise süü suhtes. See võib häirida kohtupsühhiaatri objektiivsust ja rõhuda tema südame-tunnistusele. Kergema kahtluse korral võib kohtupsühhiaater oma arvamusse poetada kõrvallause „kui ta mõistetakse selles kuriteos süüdi“ (või süüdimatu uuritava kohta „kui tuvastatakse, et ta on selle õigusvastase

teo toime pannud“). Tõsisema kahtluse korral võib vajalikuks osutada faktilise süü küsimust suuliselt arutada prokuröri või kohtunikuga. Selge on, et kohtupsühhiaater ei tohi oma psühhiaatriliste tähelepanekute alusel ekspordina väita, et klient ei saa olla aktuaalset tegu toime pannud.

Süüdistusakti teokirjeldus võib olla paljuütle. Mitmesuguste omapäraste joonte ja detailidega võib see jätta mulje, et tegija peab olema psüühiliselt ebanormaalne, võib-olla vaimuhaige. Samuti võib mõnikord uuritava teguviisi viia järelduseni, et ta peab olema ohtlik. Tuleb rõhutada, et sellised järeldused, mis põhinevad pelgal teokirjeldusel, on alati vaid esialgsed. Kui süüdistatav ei ole juba varem sellisena tuntud, saab psühhopaatoloogilisust ja/või ohtlikkust tuvastada ainult süüdistatava isiku kohtupsühhiaatrilise uuringuga. Kohtupsühhiaatri erapooletus tähendab muuseas seda, et ta ei saa olemasoleva teokirjelduse alusel argumenteerida. Kui uuritav eitab tegu, siis ei tohi kohtupsühhiaater teda süüdistusaktis kirjeldatud õigusvastase toimimise iseärasuste pärast iseloomustada psüühikahaigena või ohtlikuna.

Raskeks probleemiks võib olla üksik, kindlate tõenditeta ja eitatav n-ö hullumeelne vägivallategu ühes kahtlustatava uuringul ilmnenu normaalse psühhostaatusega. Kõige vähem vaieldavaks lahenduseks võib niisuguses süüküsimuses olla uuritava psüühiliselt normaalseks tunnistamine. On põhjust meeles pidada, et kohus ei ole veel oma lõplikku otsust teinud faktilise süü küsimuses. Võimalik on, et tuvastatakse, et teo tegi keegi teine, või et uuritav muul alusel õigeaks mõistetakse.

Mõnikord juhtub, et uuritav tunnistab kohtupsühhiaatri ees üles aktuaalsesse kriminaalasjasse mittekuuluvaid kuritegusid. Kui näib, et uuritava soov vanu tegusid üles tunnistada on tõsiselt mõeldud, on tavapäraseks meetmeks anda talle võimalus suhelda oma advokaadiga.

### Keeldumine ja vaikimine

Mõni üksik süüdistatav ei taha alluda kohtupsühhiaatriaekspertiisile ja keeldub arstiga rääkimast. Kohtu ekspertiisimäärus aga kehtib, kohtupsühhiaater peab leidma vastused kohtu küsimustele ja – Euroopas valdava arusaama kohaselt – pole süüdistataval õigust keelduda laskmast end psühhiaatriliselt intervjuuerida. Mõne

keelduja vastumeel pehmeneb pikapeale ja intervjuerimine saab kuidagi toimuda. Tavalisem on aga, et keelduja vaikimine jääb püsima.

Uuritava kangekaelse vaikimise põhjuseks võib olla skisofreenia või muu psühhootiline seisund; mõni n-ö poliitiline vastupanuideoloogia; haavumus, mis on tekkinud kahtluse tõttu tema psüühilise tervise suhtes; mingite tundlike faktide varjamine ja kartus sattuda halvemasse olukorda kohtu ees või lihtsalt äärmise jonnakus. Niisiis võib vaikija olla psüühiliselt väga haige või päris terve või midagi vahepealset. Päris head lahendust vastamiskeeldumisele ei leidu. Usutavasti valivad kohtupsühhiaatrid enamasti strateegia, et süüdistatavat jälgitakse intensiivsemalt tema üldise käitumise, tundeelu avalduste ning kontakti- ja kommunikatsioonivõime suhtes. Olemasoleva ja kättesaadava teabe alusel saab kohtupsühhiaater teha oma järeldused, mis niisugusel juhul tuleb esitada reservatsioonidega ning suurema ebakindluse ja ettevaatlikkusega kui muidu. Ainult mõnel väga üksikul juhul on olemasolev info nii vähene, et ei ole üldse võimalik kohtupsühhiaatrilisi järeldusi teha.

## **Uuritava petlikkus, simulatsioon, Ganseri sündroom**

Valetamine kuulub teatavasti kriminaalse (ja mõnuaine kuritarvitaja) elustiili juurde. Pealegi on kuritegudes (õigusvastastes tegudes) kahtlustatavana n-ö vahelejäamine ja kohtu ootamine ärev ja segane aeg. On aabitsatõde, et politseile kiputakse valetama oma tegude kohta.

Kohtupsühhiaatri ees toimub lausvaletamist kindlasti vähem, aga seda ikkagi esineb ja see võib ekspertiisitöö tasakaalu ning õigsust ohustada. Mõned valed on üldtuntud. Tüüpiline on näiteks joobeainesõltlase normaliseeriv valetamine. Ka seksuaalset ohtlikkust (nt pedofiilseid või sadistlikke vajadusi) eitatakse enamasti. Tõsisemalt eksitav võib olla mõni kaval ja raskesti kontrollitav vale (nt et uuritav on välismaal saanud raske koljutrauma või et on väsinuna korduvalt kuulnud mingi võõra mehe ässitavat häält). Teatavasti on valelikkuse-aususe mõõde ka isiksuseküsimus, mida eksperdid püüavad alati hinnata. Ebatõenäoliselt kindlad väited, kuulaja reaktsioonide täpne jälgimine, pealetükkiv

sugestiivsus, teatraalsus, libekeelsus jms teevad eksperdi skeptiliseks.

Harilikult ei ole raske teada saada, millist kohtupsühhiaatrilist hinnangut uuritav endale soovib. Sellest lähtudes saab tähele panna, kui uuritav püüab üldpilti vastavalt oma kasuks kallutada. Sagedamini kui üldpsühhiaatrias esineb kohtupsühhiaatrias isikuid, kellel on väheste sümptomitega psühhootiline seisund ja kes enamasti on harjunud oma sümptomeid, näiteks luululisi süsteeme, varjama. Dissimuleeritud psühhopatoloogia tuvastamine on aeganõudev. Arvatakse, et dissimulatsioon on tavalisem kui simulatsioon.

Kohtupsühhiaatri klassikaliseks peaüleandeks on simulatsioon paljastada. Usutavasti esineb sedalaadi haigusteatrit tänapäeval vähem kui vanasti, aga ometi ei ole see haruldus. Võib kohata kaht laadi simulatsiooni: teadlikult kujundatud sümptomitega, teadliku sihiga arsti petta, või sagedamini, raskest süüst-häbist-karistushirmust alateadlikult kujunenud sümptomaatikaga, kergelt hägustunud teadvusega (sarnane dissotsiatiivse reaktsiooniga, mida varem nimetati hüsteeriliseks reaktsiooniks ehk konversiooniks). Simulatsioon võib olla somaatiliste nähtudega (halvatused, krambid, nägemishäired jm) või psüühiliselt avalduv, näiteks mälukaotusega, desorientitusega, abitusega, hallutsinatsioonidega jm (6). Ilmselt võib sümptomaatika ka mingil määral muutlik olla.

Simulatsioon teadliku pettuskatsena ebaõnnestub harilikult, kuna on päris raske mingit usutavat sündroomi korrektselt ja pidevalt teeselda. Alateadlikult tekkinud simulatsioon on haiglasema üldilmega. Kliendi olukorratäpne on udune, sealhulgas puudub mäletus toime pandud teost. Kuigi sümptomaatika on väljakutsuvalt mitteusutav, ei tule niisugust inimest korrale kutsuda. Tõenäoliselt on selle sümptomaatika taga raske kriis, mis võib alles pikkamisi koos simulatsiooniga normaliseeruda.

Väga ekslik oleks muidugi uuritava simuleeritud sündroomi tõsiselt võtta ja sellise haiguspildi alusel süüdivust küsimuse alla võtta. Soovitav on selle asemel taotleda ekspertiisitöö aja pikendust, püüda uuritavat aidata jõuda realistliku olukorrakäsituse juurde ning seejärel hinnata tema süüdivust ja abivajadust.

Simulatsiooniga ilma terava piirjooneta külgnev Ganseri sündroom (7) on tuntud

oma eriti n-ö hullude lausumiste ja tegude poolest. Kirjanduses on näiteks mainitud lehma jalgade arvu kohta saadud vastust „viis”, võtme vale otsa toppimist lukuauku ja jalgadega taldrikutäie söögi sisse astumist. Ligipäas kõneluseks on piiratud ja sümptomaatika püsib sageli, kuni ihaldatud vabastamine kuriteo vastutusest on aset leidnud. Ganseri sündroomi on enamasti nähtud simulatsiooni kõrgema astmena. Mõnikord on siiski arvatud, et tegemist on tõelise psühhoosiga (8).

### Ekspertiisitöö lõppjark ja arutelud

Ekspertiisitöö kvaliteedi huvides vajab kohtupsühhiaater koostööpartnereid. Kõigepealt on tal tarvis tähelepanekuid ja tõlgitsusi arutleda psühholoogi, sotsiaaltöötaja ja hoolduspersonaliga, kui neid on. Juba esimesest ekspertiisitöö päevast alates on loomulik hakata järeldusi tegema, aga soovitatav on oma muljeid ja mõtteid tagasihoidlikul viisil vahendada. Ennatlikult arvatud diagnoosid ja muud sildid võivad enda ja kaastöötajate tähelepanu ahendada või kõrvale juhtida. Ekspertiitüüring on peaaegu valmis siis, kui esiteks on diagnoos enam-vähem kindel ja teiseks näib süüks pandav tegu olema seletatav. Kui lõppjäreldused on kujunenud, on sobiv, õigemini vajalik, need korralikult läbi arutada mõne kolleegi või osakonna juhatajaga, nagu see Eestis varem toimus komisjonis kolleegide kaashindamisena.

Diagnoosid on kohtupsühhiaatrias endast mõistetavalt kohustuslikud. Neile on sageli vaja lisada täiendusi ja täpsustusi. Tänapäeva psühhiaatrilises diagnostikas kasutatakse mitmesuguseid psühholoogilisi teste ja küsimustikke, mis annavad võimalikult täpseid tulemusi. Teste ja küsimustikke tuleb aga näha ainult abivahendina, mis ei ole kasutatavad diagnoosina. Psühhopaatoloogia hindamise ja diagnooside valimise juures on ikkagi määravaks kliiniline kõikearvestav ülevaade.

Püüdlust kuritegelikule käitumisele seletust anda võib näha luksusena, kuid see ei ole siiski oluline mitte ainult teaduslikust (kriminaalpoliitika) seisukohast, vaid ka kontrollivõttena. Kui tegu ei ole seletatav, siis on enamasti mingid valeandmed või mingi arusaamatus kuhugi sünenenud või on keegi valetanud või on mõned tähtsad seigid jäänud tähele panemata.

Mitmeti kasulik on lasta uuritava valmis kirjutatud ekspertiisiakti lugeda

(kohtupsühhiaatri juuresolekul) ja teha seda võimaluse korral enne kohtuistungit. Oleks kergemeelsus kasutamata jätta võimalus sel viisil ekspertiisi keskset isikut aidata paremale enesetundmisele ja olukorrateadlikkusele. Pealegi võimaldab ekspertiisiakti teksti läbivaatamine veel kord sisukontrolli ja lõppjärelduste arutelu.

### Lõppjäreldused

Ekspertiisi lõppjäreldused käsitlevad harilikult süüdivuse astet ning ohtlikkuse ja ravivajaduse küsimusi. Eesti õiguses tohib ainult kohus ise süüdistatava süüdimatuks tunnistada. See eeldab, et ekspertiis on tuvastanud vaimuhaiguse või ajutise raske psüühikahäire, nõrgamõistuslikkuse, nõdrameelsuse või muu raske psüühikahäire, mistõttu süüdistatav – psüühikahäire piisavalt tõsise astme tähisena – ei olnud võimeline aru saama oma teo keelatuses või oma käitumist vastavalt sellele arusaamisele juhtima. Põhimõtteks on võetud, et süüdimatuse mõiste rakendamine ei kuulu psühhiaatri (ega psühholoogi) pädevusse. Selle kohta võib lisada, et süüdimatus kuulub tegelikult kohtupsühhiaatri pädevusse küll ja seda päris loomulikult. Uuritava psüühilise haiguse või puude kokkuvõtva hindamisena on – või peaks olema – süüdivaks/süüdimatuks tunnistamine esmajärjekorras kohtupsühhiaatriline (meditsiiniline) ülesanne. Kohtupsühhiaatril on parim ülevaade uuritava psüühika ebanormaalsuste laadist ja määrast ning tema paigutuse sobivusest haiglasse või vanglasse. Kui kohus ei nõustu kohtuekspertiisi lõppjäreldustega, on kohtul niikuinii õigus kohtupsühhiaatri esitatud arvamust muuta: tunnistada süüdimatu süüdivaks või piiratult süüdivaks või süüdiv piiratult süüdivaks (mitte aga süüdimatuks).

Enamasti on sobiv väljendada kliiniliselt hinnatud psühhiaatrilise seisundi ning alkoholi ja narkootikumide tarvitamise prognoosi, sotsiaalseid väljavaateid ja võimalikult ka kuritegude kordumise riski. Ohutust/ohtlikkust võib hinnata kliiniliselt või parem mõne formaliseeritud skaala abil. Ka ohutuse/ohtlikkuse hinnangut võib kohus muidugi muuta. Ravivajaduse ja ravivõimaluste kohta tuleb arvamuse anda, eriti kui on tegemist psüühilise haigusega. Selles küsimuses ei peaks kohtul õigust olema omapoolseks seisukohaks. Küll aga võib kohus kontrollida, kas kinnisesse haiglaosakonda võtmisel on olemas seaduse tugi.

Eestis on sageli süüdimatuks tunnistatu kohtuistungile oma kriminaalasjas lihtsalt kutsumata jäetud. Tänapäevase arusaama järgi on nii terve kui ka vaimuhaige kahtlustatava kohalolek kohtusaalis tähtis. Istungivõimetuks tunnistatakse ainult need psühhopatoloogilised kahtlustatavad, kes oluliselt segaksid kohtusaalis toimuvat.

interviewed or simulating illness. Some principles of professional ethics are referred to. On the basis of personal experience from three decades of practice at the Stockholm Forensic Psychiatric Clinic, the author has added some essential recommendations about the organization of forensic psychiatry and about procedural cooperation with the court.

<sup>1</sup> Forensic Psychiatric Clinic, Stockholm, Sweden

Correspondence to:  
Ants Anderson  
eneants61@gmail.com

**Keywords:**  
criminal forensic psychiatry, forensic psychiatric diagnostics, responsibility/insanity

## SUMMARY

### Performance of forensic psychiatric examination in criminal cases: a review with some recommendations

Ants Anderson<sup>1</sup>

A review is given of the administration and practical fulfilment of complete forensic psychiatric examination including some experience with defendants denying to have committed the crime, refusing to be

## KIRJANDUS/REFERENCES

1. Adamsoo A. Kohtupsühhiaatria õiguslikud aspektid. Juristidele ja psühhiaatritele. Tallinn: ILO, 1997.
2. Simon RI, Wettstein RM. Toward the development of guidelines for the conduct of forensic psychiatric examinations. *J Am Acad Psychiatry Law* 1997;25:17–30.
3. American Academy of Psychiatry and the Law ethical guidelines for the practice of forensic psychiatry. Membership Directory, 1993.
4. Goldstein RL. Consequences of surveillance of the forensic psychiatric examination. An overview. *Am J Psychiatry* 1988;145:1243–7.
5. Cima M, Nijman H, Merckelbach H, et al. Claims of crime-related amnesia in forensic patients. *Int J Law Psychiatry* 2004;27:215–21.
6. Resnick P. Malingering. *J Forensic Psychiatry* 1994;5:1–4.
7. Ganser S. Über einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand. *Archiv für Psychiatrie* 1898;30:633.
8. Weiner H, Braiman A. The Ganser syndrome. A review and addition of some unusual cases. *Am J Psychiatry* 1955;111:767–73.

## Posttraumaatiline stressihäire seondub naistel kehakaalu tõusuga

Posttraumaatiline stressihäire (PSH) – püsiv ärevushäire – on hilinenud reaktsioon erakordselt hirmutava, katastroofilise sündmuse kogemisele. Seda iseloomustavad emotsionaalne tuimus, hirmutavad unenäod, traumata meenutavate olukordade vältimine. Need isikud kohanduvad halvasti igapäevaelu ja -tööga. Sagedasti esinevad neil mitmesugused somaatilised häired.

USAs korraldatud naiste tervise esindusliku uuringu ühe osana jälgiti PSH sümptomitega isikute kehakaalu muutusi aastatel

1989–2005. PSH sümptomite esinemist hinnati vastava skriininguskaala alusel. Vaatluse all oli 54 224 isikut, kel 1989. aasta seisuga oli diagnoositud erineva raskusastmega PSH. Ilmnes, et isikutel, kel oli vähemalt 4 PSH sümptomit, oli oluliselt suurem risk ülekaalu või rasvumise kujunemiseks jälgimisperioodi vältel kui neil, kel PSH sümptomeid ei olnud (suhteline risk 1,36).

Uuringud on näidanud, et PSH korral vallanduvad mitmesugused käitumuslikud ja bioloogilised mehhanismid, mis mõjutavad ainevahetuslikke protsesse. PSH kujuneb sagedamini naistel. Kehakaalu tõusu soodustavad PSH-haigetel füüsiline inaktiivsus,

sagedasti ebatervislike toitumise ja jookide tarvitamine. On kindlaks tehtud ka mitmesugused neuroendokriinse düsregulatsiooni ilmingud, mis esinevad PSH-haigetel. On oletatud, et neuropeptiid Y on psühhomootustega kaasnevate metaboolsete häirete kujunemise vahendaja.

Autorid rõhutavad, et lisaks medikamentoosle ja kognitiivkäitumuslikule ravile on vajalik jälgida ja reguleerida ka PSH-haigete eluviisi ja toitumisharjumusi.

## ALLIKAS

Kubzansky L, Bordelois P, Jun HJ, et al. The weight of traumatic stress. A prospective study of posttraumatic stress disorder symptoms and weight status in women. *JAMA Psychiatry* 2013;doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.2798.

## LÜHIDALT