

ASPECTS AND CHALLENGES OF FORENSIC-PSYCHOLOGICAL EXPERTISE IN PERSONS PERPETRATOR OF ILLEGAL ACTS WITH DIAGNOSIS OF BIPOLAR-AFFECTIVE DISORDER

Assoc. Prof. Silvia Aleksandrova Krushkova, PhD

University of Rousse "Angel Kunchev",

Department of Public Health and health Care;

Clinical Psychologist, Forensic Expert, Center for Mental Health Rousse

E-mail: krovshkova@mail.bg

Abstract: *The article presents the main aspects and challenges for the preparation of forensic psychological expert assessment of persons diagnosed with Bipolar Affective Disorder. Bipolar affective disorder is a recurrent chronic disorder that is characterized by fluctuations in mood and energy. It affects more than 1% of the world's population, regardless of nationality, ethnic origin or socio-economic status. This specific disorder is one of the main causes of impairment in the bio-psycho-social functioning of persons suffering from this diagnosis and their relatives. Differentiation of this disorder is difficult in clinical practice, as the onset is most often a depressive episode and there are sufficient clinical markers of unipolar depression. People with bipolar disorder are often misdiagnosed on initial presentation, most often with major depressive disorder. These patients may receive ineffective treatment, which in some cases actually worsens the outcome, either by causing manic or mixed conditions, or by raising mood. Accurate clinical evaluation by clinical and forensic specialists - psychiatrists and psychologists - must be exact in order to be able to distinguish bipolar disorder from other depressive states in order to prepare a forensic psychological examination.*

Keywords: *affective disorders, mania, depression, clinical psychodiagnostics*

ВЪВЕДЕНИЕ

Проблемът за вменяемостта, съответно за невменяемостта е един от основните и най-сложни проблеми на съдебната психиатрия и съдебна психология.

Най-често въпросите в наказателното право пряко или опосредствено се отнасят към вменяемостта на извършителя на деяние(обвиняем, подсъдим, изтърпяващ наказание). Специфичните предпоставки се свеждат до две категории – медицински критерии(умствена недоразвитост или разстройство на съзнанието) и психологично-правните критерии(годностите на субекта да разбира свойството и значението на постъпките си и да ръководи действията си). В тази връзка криминогенната стойност на биполярното-афективно разстройство е значителна, въпреки, че в сравнение с шизофренията и епилепсията, биполярното-афективно разстройство епо-малко разпространено, но самата специфика и двуполност представлява изключително предизвикателство за експертите в съдебно-психиатричното и съдебно-психологичното поле.

ИЗЛОЖЕНИЕ

От древни времена до средата на 19 век манията и меланхолията(депресията) са описвани като/Стоименов, Й., Ив.Рачев, Съдебна психиатрия, ДИ"Медицина и физкултура", София, 1988, pp187-188/ самостоятелни(отделни) болести, а не като фази на едно и също психично заболяване. Техните типични прояви са отбелязани още в трудовете на Хипократ(5 век пр.н.е.). През 1852г. J. Falret въвежда понятието „циркулярна психоза” за заболяванията, протичащи с манийни и меланхолични пристъпи със „светли интервали” между тях. По-късно Kirm ограничава под името”периодична психоза”, повтарящите се през различно време само меланхолични илисамо манийни фази. Изхождайки от прогностичния критерий Kraepelin(1899), обединява в една нозологична единица „циркулярната психоза” на J. Falret, “периодичната психоза” на Kirm и всички манийни и депресивни пристъпи, които не водят до упадък на личността. Същевременно именно Kraepelin дава относително най-пълно описание на болестта, наричайки я манийно депресивна психоза. [3]

Биполярното – афективно разстройство обхваща както редуването на депресивни с манийни фази, така и повтарянето само на манийни епизоди. Всеки от епизодите би трябвало да бъде налице поне 2 седмици, а периодите на пълно или почти пълно психично възстановяване да не са по-кратки от 6 месеца.

Обособени са три главни или основни типове на протичане.

1. Периодичен вариант – среща се най-често. Той се разделя на два подвида в зависимост от това, кое състояние се повтаря многократно.

- *периодична депресия* - много по-честа е; при около 2/3 от всички болни

- *периодична мания* – рядко се среща в клиничната практика.

Средната продължителност (медиана) на депресивните епизоди е 3 месеца, а на манийните – 4 месеца.

Периодичната депресия и мания се означават с общото понятие *монополярен (еднополюсен) тип на протичане*.

2. Цикличен вариант - изявява се с фаза, след която настъпва светъл период, последван от избухване на противоположната фаза. Така с интервали могат да се редуват много фази. Тази разновидност може да се прояви с многократно редуване на една и съща фаза и само от време на време да се заменя с противоположната.

Среща се при около 1/3 от всички болни. Приема се, че когато първият пристъп на болестта е маниен, тогава прогнозата е относително по-неблагоприятна.

3. Алтернатен вариант - най-рядък. При него алтернатно или последователно, без светъл период, едната фаза преминава в противоположната, след което настъпва излекуване. Само по изключение първата фаза се заменя с друга и това става многократно, без да се стигне до възстановяване. Тази разновидност се нарича *тип континуа, т. е. непрекъснато протичане*.

При втория и третия вариант, със или без светли периоди се открива редуване на противоположни състояния. Ето защо двете заедно се означават с общото име биполярно протичане, т.е. състоянието на болния се колебае между двата полюса. Биполярните афективни психози имат относително по-неблагоприятна прогноза в сравнение с монополярните. Те се разграничават помежду си и по степента на семейната обремененост и по начина на унаследяване.

По правило всяка фаза преминава. Нейната продължителност се колебае от 2-3 месеца до 1 и повече години. Крайно рядко тя се затяга и приема хроничен вид. Малко по-чести са хроничните депресии в сравнение с хроничните мании. [1]

Кои са рисковете, свързани с БАР?

Основен риск при депресивното състояние е свързан с опитите за самоубийство. Приблизително 10% от пациентите с депресия правят опити за самоубийство.

Често срещано поведение при пациентите в мания е злоупотребата с алкохол. Това може да доведе до допълнително отпадане на задръжките и изява на социално неприемливо или дори опасно поведение. Неспособността да се съблюдават нормите и правилата на обществени места нерадко води до контакти с полицията. Друга негативна последица от ограничените задръжки и самоконтрол е ексцесивното харчене на пари, натрупване на голми сметки за телефон, а с провокативното си поведение те често се въвличат в конфликти. Тъй като поведението на манийно болните, за разлика от това на депресивно болните, е подчертано експанзивно, то рядко остава незабелязано от роднините, съседите и колегите. Поради липсата на информация и разбиране за природата на това състояние, околните често интерпретират промяната в поведението като израз на лош характер. Това е причината болните от мания да се дискредитират в очите на околните, които формират за тях негативно мнение. Това може да резултира в отдръпване на приятелския кръг, загуба на контакти, изоставяне от брачния партньор, загуба на работа, на обществени позиции и престиж, а от тук и ограничаване на перспективите за развитие.

Предизвикателствата в съдебно-психологичното експертизиране идват от цикличността на разстройството. Освен основната диагноза, която е поставена на експертния субект е важно да се определи в какво състояние е бил по време на инкриминираното деяние

или инкриминирания период, а също така и в какво състояние се намира по време на извършване на съдебно-психологичната експертиза.

Криминогенната стойност на биполярното –афективно разстройство е значителна, въпреки че в сравнение с шизофренията и епилепсията, БАР е по-малко разпространена. Субектите извършват разхищения, изразходване на държавни или обществени средства, измами, кражби, присвояване на различни вещи и предмети, своеволно напускане на работното място, управление на моторни превозни средства без необходимата квалификация и без съответните за това документи, в резултат на което могат да настъпят обществено опасни последствия. Лесната раздразнителност и гневната им възпламенимост са причина за нагрубяване, обиди, а в редки случаи за нараняване на близък или чужд човек, който се опита да не се съгласи с тях, да им противоречи, да спъне *свободното разгръщане на преживяванията им за могъщество*. В такива случаи поведението на субектите, страдащи от БАР в манийна фаза може да се прецени като хулиганско и съдебно-психологичната експертиза да обясни на разследващите органи, че действията на това лице са улеснени по болестен механизъм. По правило субектът в мания рядко убива, но понякога телесните повреди, които той причинява, завършват със смъртта на нападнатия поради несъобразяване на силата на нанесения удар.[2]

Поради повишената им сексуална възбудимост, субектите в мания често извършват непозволен сексуални деяния (блудства, изнасилвания и други), което е една от причините за експертизирането им и за ранната хоспитализация и принудително лечение, постановено от съответните правораздавателни органи. Понякога се налага да бъдат обект на съдебно-психологична експертиза във връзка с извършени от други лица сексуални действия с тях.

В сравнение със субектите в манийна фаза, при субектите в депресивната фаза по-рядко се налага да бъдат обект на съдебно-психологично експертизиране. Тази необходимост възниква при самоубийство или опит за самоубийство(за изясняване на техните мотиви). По статистико – клинични данни всеки пети болен от БАР веднъж в живота си прави сериозен опит за самоубийство, без да се смятат завършилите с летален изход. Субекти с БАР в депресивна фаза, стават обект на съдебно-психологична оценка, когато извършат „разширено меланхолно самоубийство”, но не успяват да го завършат. Трябва обаче да се отбележи фактът, че това са много редки случаи. Клиничен интерес представлява една установена особеност при субектите, извършили самоубийства или разширени самоубийства без летален край в депресивна фаза със значение за съдебната експертна практика, а именно, че тези деяния те извършват или в началото на меланхолния пристъп или при излизането от него. Тези периоди могат да се определят като „критични”, „опасни моменти” за извършване на самоубийства или разширени меланхолни самоубийства. Важно е да отбележим, че поради отслабване на волята(т.е. слабата борба на мотиви и противомотиви) депресивните субекти могат да предизвикат обществено опасни произшествия вследствие на неизпълнение на някои техни професионални задължения. От друга страна, субектите в меланхолната фаза с налудни идеи за иновност могат лесно да се самообвинят и лесно да признаят вина за деяния, които нае са извършили.

Хипотезата за преценяване на *вменяемостта* (специфичните предпоставки се свеждат до две категории – медицински критерии/умствена недоразвитост или разстройство на съзнанието/ и психологично-правните критерии (годностите на субекта да разбира свойството и значението на постъпките си и да ръководи действията си) на субекта с Биполярно-афективно разстройство(БАР) може да възникне както при манийната или депресивната фаза, така и в „светлите интервали”. Изразените мании и депресии са основание за потвърждение на хипотезата за *невменяемост* по втория клиничен показател от чл.33, ал.1 от Наказателния кодекс на Р България – продължително разстройство на съзнанието. Обикновено при субектите в мания, *невменяемостта* се обуславя поради разстройство на мисловния (не разбират значението на деянието) и на волевия(не могат да се въздържат от неговото извършване) на юридическия критерий за вменяемост. Най-често умственият показател е съхранен – субектите са в състояние да разбират свойството на извършеното деяние.

В някои случаи на депресивната фаза и абулия отпада само волевия показател на юридическия критерий за вменяемост при запазване обаче на неговите интелектуални и мисловни разграничения. При депресивната фаза с наличие на налудни идеи обаче подобно на манийната фаза отпадат мисловния и волевия показател и тогава клиничните маркери са в подкрепа на хипотезата за невменяемост.

Субектите с диагноза БАР, извършили престъпление в „светли интервали“ т.е. в състояние на ремисия по принцип се квалифицират като вменяеми.

В преценката за състоянието на субекти с БАР извършили криминални деяния е предизвикателство и в случаите, когато при извършване на инкриминираното деяние субектът се е намирал на прехода от „светъл период“ към още недотам изразено болестно състояние, което е получило пълно разгръщане едва след това. При тези случаи решаващо значение има изясняването на естеството и степента на изразеност на психичните нарушения на експертния по време на извършване на деянието. Ако нарушенията на психиката му се изразяват само в известно усилване на преморбидните черти на неговия характер, тогава се приема хипотезата за вменяемост. Наличието обаче на психотичен пристъп е основание за потвърждаване на хипотезата за невменяемост.

Предизвикателство за специалистите по съдебна психология представлява и друг момент от експертната оценка на субекти с БАР, а именно когато трябва да се реши хипотезата за вменяемостта им в състояние на хипомания или хиподепресия. Експертният извод зависи от тежестта на психичните нарушения. Ако психичните изменения са от такава степен, че не нарушават годностите на субектите с БАР да разбират значението на извършеното, както и да ръководят постъпките си (по правило те разбират свойството на деянието), съмнения за тяхната вменяемост няма. По-тежките психични нарушения изключват хипотезата за вменяемост.

Преценката на вменяемостта на субектите с БАР е затруднена и когато противоправното деяние непосредствено предхожда началото или следва края на манийната, съответно на депресивната фаза.[3]

Наблюдават се и случаи, когато по време на експертната оценка субектът с БАР е в ремисия т.е. психично здрав. При решаване на хипотезата за неговата вменяемост от съществено значение са подробните сведения за състоянието му по време на деянието, анализът на материалите по делото, както и данните от медицинската документация за последния или миналите му пристъпи. Ако се установи, че противоправното деяние е извършено в манийно или депресивно състояние, експертното заключение потвърждава хипотезата за невменяемост.

В практиката ни като експерти се срещат и случаи, при които противоправното деяние е извършено в „светъл период“, а в момента на експертната оценка експертният се намира в манийна или депресивна фаза. Заключението разглежда и обсъжда и двата момента – състоянието на експертния по време на извършване на инкриминираното деяние и състоянието му по време на експертната оценка.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предвид субектите с БАР – извършители на противоправни деяния, трябва да отбележим безспорния факт, че обществено опасните действия при тях отстъпват значително по-честота и тежест на тези при субектите с шизофрения. За последните 10 години в Отделение по съдебна психиатрия на Център а психично здраве със стационар – Русе, Р България, нито един от субектите, обект на съдебно-психиатрично и съдебно-психологично експертизиране с диагноза БАР не е свързан с извършване на тежко престъпление срещу личността- убийство или изнасилване. Това обясняваме с клиничните факти, че противообществените изменения са по-често в манийната фаза, но тежките нападения срещу личността са голяма рядкост тъй като субектите в манийна фаза са склонни към: прахосничество в безмислени покупки, за което вършат и кражби; измами; сключване на дръзки и прибързани сделки, сблъсъци с представители на властта. Тези опасни действия се реализират под влияние на болестно

изменените подтици (тимогенно) и мислене (ноогенно). Най-честият психопатологичен механизъм е „оптимизмената недооценъчност”.

В заключение трябва да отбележим, че оценката за мвменяемостта при манийно-депресивните фази не създава проблеми на експертите, тогава когато клиничната диагноза на болестната фаза е ясна. Значителни трудности експертната оценка среща, когато е трудно да се определи в какво фаза от своето заболяване се е намирал субектът с БАР по време на извършване на противоправното деяние. Често манийните фази протичат с малка интензивност на основните симптоми(хипомания) и промените в поведението като че ли само количествено се отличават от обичайното поведение на хипертимни личности.

Предизвикателството пред експертите от областта на съдебната психиатрия и съдебна психология е не само да потвърди хипотезата за вмменяемост или невмменяемост, но и да улови обясни и докаже на разследващите и съдебните органи, новото качество, което болестната фаза внася в поведението на субекта с БАР – извършили противоправно деяние.

REFERENCES

Angelova - Barbalova N., S., Krushkova. Psychopathology and diagnostics in psychiatry and clinical psychology. Ruse, Health Consult Ruse EOOD, ISBN 978-954-92702-4-2, 2013. (Ангелова – Барбалова Н., С., Крушкова. Психопатология и диагностика в психиатрията и клиничната психология. Русе, Хелт Консулт Русе ЕООД, ISBN 978-954-92702-4-2, 2013.)

Manual of forensic psychiatry under the editorship of Prof. Temkov, Medicine and Physical Education, Sofia, 1987, pp142-146 (Ръководство по съдебна психиатрия под редакцията на проф. Темков Медицина и физкултура, София, 1987, pp142-146)

Stoimenov, J., Iv. Rachev, Forensic Psychiatry, Medicine and Physical Education, Sofia, 1988, pp.191-196(Стоименов Й., Ив. Рачев, Съдебна психиатрия, Медицина и физкултура, София, 1988, pp191-196)