

по контролю за лицами, страдающими психозом, ранее уже совершившими ООД.

УДК 343.95

В. И. Мурзич, В. И. Петров

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БИПОЛЯРНОГО РАССТРОЙСТВА В ПРАКТИКЕ ЭКСПЕРТА

Наши эмоции характеризуют наши переживания на происходящие события, на отношения с другими людьми, отражают реакции на внешние обстоятельства и внутренние состояния организма. Болезненные проявления в эмоциональной сфере человека очень многообразны, от различных кратковременных эмоциональных реакций до выраженных болезненных расстройств, нарушающих индивидуальное функционирование и социальную адаптацию человека.

Биполярное расстройство (далее – БР) (по предыдущей классификации болезней назывался МДП – маниакально-депрессивный психоз) впервые описал Э. Крепелин в 1896 году. Его распространенность, по разным оценкам, от 0,7 до 2,0 случаев на 1000 человек. БР, которое имеет еще одно название – циклофрения, характеризуется периодическим возникновением и сменяемостью типов течения: депрессивных и маниакальных фаз, между которыми наблюдаются различной длительности светлые промежутки (интермиссии). Оно чаще возникает без воздействия внешних факторов, спонтанно. Приступы обычно начинаются постепенно, чаще весной или осенью, с бессонницы и эмоциональных колебаний, возникновения душевного дискомфорта.

Динамика биполярного расстройства различна. Чаще у больных наблюдается возникновение как депрессивных, так и маниакальных приступов (смешанный тип течения). Реже оно проявляется только маниакальными или только депрессивными приступами (униполярный тип течения), а также вариантами непрерывного течения, когда депрессивные состояния без наступления светлых промежутков переходят в маниакальные состояния, – это наиболее неблагоприятный тип течения. В общей динамике заболевания выявляются определенные закономерности. В начале заболевания чаще встречаются маниакальные приступы, позже они становятся реже и начинают преобладать депрессивные приступы. Меняется также и их продолжительность. В начале БР они короткие и удлиняются по мере развития заболевания, соответственно сокращаются и светлые промежутки – межприступные периоды. БР возникает сравнительно поздно, начинаясь как с депрессивного, так и с маниакального состояния. Возраст пациентов чаще колеблется от 30 до 60 лет. Продолжительность приступов различна (от одной недели до нескольких месяцев и более). Характерно то, что

это расстройство не вызывает у больных слабоумия и изменений личности, т.е. течет благоприятно. Между приступами болезни отмечается полное выздоровление без каких-либо дефектов психической деятельности.

Фазы БР имеют характерные внешние признаки, которые сложно с чем-либо спутать. Для депрессивной фазы БР характерна следующая «классическая триада»: угнетенное, тоскливое настроение; заторможенность мыслительных процессов; скованность двигательной сферы. Часто больные утверждают «все беспроблемно...», они вспоминают ошибки прошлых лет, имеет место заниженная самооценка, самоуничтожение («я ни на что не годюсь...», от меня одни неприятности близким...). События, касающиеся самих больных, оцениваются в мрачных красках: отдельные обстоятельства и мелкие проступки своей жизни используются для построения идей самообвинения, носящих иногда бредовый характер. В последнем случае пациенты считают, что они заслуживают суда «за свои преступления...», слышат осуждающие их голоса. Они жалуются на угнетенное настроение, физическое ощущение тоски, которое больше проявляется в утренние часы и снимается ближе к вечеру. У больного имеется ощущение постоянного телесного неблагополучия. Появляется холодное отношение к собственным детям, родным, близким. Больные также отмечают трудности в понимании и оценке окружающих событий. Их выражение лица тоскливое, движения и речь замедленные. Состояние двигательной заторможенности может достичь выраженности ступора.

Депрессивные состояния сочетаются с запорами, сухостью слизистых, расстройством аппетита и др. Во время депрессивной фазы БР возможно формирование суицидального поведения. Они могут совершать суицидальные попытки прямо на глазах у окружающих.

Для маниакальной фазы БР характерна следующая «классическая триада»: повышенное настроение, ускорение течения мыслительных процессов, психомоторное возбуждение. Деятельность больных теряет целенаправленность, организованность. Они чрезмерно активны. Высказывания утрачивают логичность. Состояние эмоционального подъема приобретает доминирующее значение. Наблюдаются сверхценные и бредовые идеи, например, значительности «Я», изобретательства, реформаторства и др. Больные активны, постоянно чем-то заняты, строят нереальные планы. Характерна навязчивость в поведении, они во все вмешиваются, смеются, читают стихи, поют (что делает голос охрипшим), танцуют, не всегда в соответствующее время и в соответствующей обстановке. Речь их многословна, ускорена, с вычурными жестикациями. Они даже не успевают высказаться до конца. Мимика живая, характерна некоторая театральность. Любые события, слова вызывают у них отклик («симптом повышенной отвлекаемости»). Обостряется память. Как следствие, вспоминают много событий, говорят о них. Налицо расторможенность инстинктов, много говорят на эротические темы, проявляют грубую сексуальность. Бывают циничны, нередко нецензурно бранятся. Сон их глубокий, но кратковременный,

обеспечивающий их чрезмерную активность на следующий день. В этой фазе пациенты высказывают идеи повышенной самооценки собственной личности («Я очень талантлив...», «Могу командовать дивизией...», «Я чемпион по разным видам единоборств...»), что не имеет объективного подтверждения.

Судебно-психиатрическая оценка БП характеризуется рядом особенностей, обусловленных тем, что заболевание протекает в виде сменяющихся фаз настроения, разделенных «светлыми» промежутками полного психического здоровья. Судебно-психиатрическая экспертиза (далее – СПЭ) расценивает БР как хроническое психическое расстройство, что соответствует одной из групп заболеваний, определяющих наличие медицинского критерия невменяемости.

При депрессивном приступе больные нередко совершают суицидальные действия, принимающие иногда характер тяжелых расширенных самоубийств! В отдельных случаях наблюдаются самооговоры больных, когда они, в связи с наличием бредовых идей самообвинения, заявляют о якобы совершенных ими общественно-опасных деяниях (далее – ООД).

При маниакальном приступе БП с психопатоподобными расстройствами больные могут быть агрессивными, совершать разрушительные действия и даже убийства. В связи с повышенной сексуальной расторможенностью они нередко совершают сексуальные проступки (деликты): развратные действия, обнаруживают проявления эксгибиционизма, могут совершать изнасилования. Социальную опасность таких больных может повышать их склонность к алкогольным эксцессам. В отдельных случаях маниакальные больные могут попадать на СПЭ в качестве потерпевших, когда их болезненное состояние используется в целях изнасилования, совершения развратных действий. Внешние элементы поведения в виде повышенной коммуникации, двигательной активности, эротизма, говорливости могут ошибочно трактоваться другим лицом, особенно с сексуальной неудовлетворенностью, как «призыв к действию...», что, однако, является лишь отражением болезненных изменений настроения в рамках БР. Лица, совершившие ООД в период приступа (маниакального или депрессивного), признаются невменяемыми и направляются на лечение в психиатрическую больницу. Если преступление совершено в межприступный период интермиссии, они в отношении содеянного признаются вменяемыми.

В отношении больных БР часто приходится проводить СПЭ и в гражданском процессе. Больные, находясь в маниакальном состоянии, в связи с обусловленной болезнью расторможенностью, повышенной самооценкой, стремлением заниматься то одним, то другим делом из-за своих быстро меняющихся планов могут совершать различные имущественные сделки, производить обмен жилплощади, заключать брак. Если эти акты совершены во время болезненного приступа, то СПЭ выносится экспертное заключение о признании гражданского акта или сделки недействительными.

Таким образом, судебно-психиатрическая оценка больных БР неоднозначна и, как правило, определяется наличием или отсутствием острой психо-

тической симптоматики. Если в период совершения правонарушения ООД у больного отмечался любой вариант психотического состояния, такие лица в отношении содеянного признаются невменяемыми.

УДК 34.09

У. А. Нестеренко

ПЕРСПЕКТИВА ПРИМЕНЕНИЯ БЕСКОНТАКТНЫХ ПОЛИГРАФНЫХ УСТРОЙСТВ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

В настоящее время, в соответствии со ст.6 Федерального закона от 12 августа 1995 г. № 144-ФЗ «Об оперативной деятельности в Российской Федерации», регламентирующей использование полиграфных устройств в качестве технических и иных средств, не наносящих ущерб жизни и здоровью людей и не причиняющих вред окружающей среде, в практику оперативных подразделений органов внутренних дел активно входит применение различных модификаций полиграфа в рамках осуществления оперативно-розыскных мероприятий.

Согласно свидетельству российских специалистов по применению полиграфа О.В. Белюшиной и А.Н. Ладченко, достоверность сведений, получаемых опытным специалистом с помощью полиграфа, превышает 90 % [1]. Эффективность применения полиграфа при раскрытии преступлений подтверждает и А.Р. Белкин, приводя статистические данные ВНИИ МВД, согласно которым точность результатов проводимых опросов с применением полиграфа достигает до 96 %, что считается вполне сопоставимым с точностью результатов традиционных видов криминалистических, а также многих других судебных экспертиз [2].

Однако изучение практики применения полиграфа при раскрытии преступлений позволило выявить некоторые нюансы в его использовании, требующие детальной проработки и усовершенствования. Анализ результатов практической деятельности полиграфологов показывает, что более 20 % объектов опроса с применением контактного полиграфа в процессе опроса предъявляют жалобы на неудобства, связанные с наличием датчиков на их теле.

С другой стороны, данные результатов анкетирования сотрудников оперативных подразделений, а также изучение отчетной документации полиграфологов демонстрируют, что за последние несколько лет наблюдается значительный рост отказов от добровольного прохождения опроса с применением полиграфа в рамках оперативно-розыскной деятельности при раскрытии преступлений.

Все это указывает на необходимость внедрения в практику оперативных подразделений бесконтактных полиграфных устройств. С одной стороны, в ис-