

На правах рукописи

Христофорова Мария Андреевна

**ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА СПОСОБНОСТИ ПРИСУТСТВОВАТЬ В
СУДЕБНОМ ЗАСЕДАНИИ ЛИЦ, В ОТНОШЕНИИ КОТОРЫХ РЕШАЕТСЯ
ВОПРОС О ПРИЗНАНИИ ИХ НЕДЕЕСПОСОБНЫМИ**

14.01.06 - психиатрия

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание
ученой степени кандидата медицинских наук

Москва - 2017

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении "Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского" Минздрава России

Научный руководитель

доктор медицинских наук, профессор **Харитоновна Наталья Константиновна**

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор **Овсянников Сергей Алексеевич** – профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФДПО ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России;

доктор медицинских наук, профессор **Тювина Нина Аркадьевна** – профессор кафедры психиатрии и наркологии ФГАОУ ВО "Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова" Минздрава России.

Ведущая организация:

Казанская государственная медицинская академия - филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России.

Защита диссертации состоится «27» февраля 2018 г. в 13.00 часов на заседании диссертационного совета Д.208.024.01 при ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России по адресу: 119991, Москва, Кропоткинский пер., 23.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России и на сайте: [www. serbsky.ru](http://www.serbsky.ru)

Автореферат разослан «___» января 2018 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук

И.Н. Винникова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Современные тенденции правового развития общества направлены на защиту гражданских прав человека, в том числе, прав лиц, страдающих психическими расстройствами. Согласно "Закону о психиатрической помощи...", наличие психического расстройства не указывает на то, что лицо должно быть ограничено в каких-либо гражданских правах, в частности, правах на совершение имущественных сделок, вступление в брак, исполнение родительских обязанностей, участие в судопроизводстве. В то же время у лиц, страдающих психическими расстройствами, нарушения психики могут быть столь выражены, что препятствуют адекватному социальному функционированию, нарушают адаптацию, препятствуют участию лица в различных сферах жизнедеятельности, нарушают способность понимать значение своих действий и руководить ими. В целях защиты интересов таких лиц в России действует институт недееспособности.

По данным А.Р. Мохонько, Е.В. Макушкина, Л.А. Муганцевой (2016) в Российской Федерации в 2015 году было проведено 32802 судебно-психиатрических экспертиз на предмет признания гражданина недееспособным. В 30105 (91,8%) случаях было вынесено экспертное решение о неспособности гражданина понимать значение своих действий и руководить ими. Из них 18544 (61,6%) экспертиз было проведено в отношении лиц, страдающих органическими психическими расстройствами, включая деменцию; 7087 (23,5%) экспертиз было проведено в отношении лиц с умственной отсталостью; 4054 (13,5%) экспертиз - в отношении лиц, больных шизофренией.

Клинические, социальные и юридические критерии определения способности понимать значение своих действий и руководить ими у лиц, страдающих психическими расстройствами, разрабатывались многими авторами: Е.М. Холодковская (1956-1977), Б.В. Шостакович (1973-1992), В.Г. Василевский (1978), В.В. Горинов (1979, 1990), Т.П. Печерникова (1985), В.П. Котов (1980), Л.А. Яхимович (1990), С.А. Васюков (1989), И.Д. Нигматуллин и соавт. (1994), Н.К. Харитонова и соавт. (1996, 1998, 2009), Т.Б. Дмитриева и соавт. (2003), Д.Н. Корзун (2014) и др.

В последние годы в российское гражданское законодательство были внесены изменения, которые отразили гуманистический характер социально-правовых преобразований в обществе, в частности, существенно расширили права лиц с психическими расстройствами.

Федеральным законом "О внесении изменений в Закон РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" и Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации от 08.04.2011г. №67-ФЗ были внесены существенные изменения в порядок признания гражданина недееспособным. В соответствии с новой редакцией ст. 284 ГПК РФ: "Гражданин, в отношении которого рассматривается дело о признании его недееспособным, должен быть вызван в судебное заседание, если его присутствие в судебном заседании не создает опасности для его жизни или здоровья либо для жизни или здоровью окружающих, для предоставления ему судом возможности изложить свою позицию лично либо через выбранных им представителей. В случае, если личное участие гражданина в проводимом в помещении суда судебном заседании по делу о признании гражданина недееспособным создает опасность для его жизни или здоровья, либо для жизни и здоровья окружающих, данное дело рассматривается судом по месту нахождения гражданина, в том числе в помещении психиатрического стационара или психоневрологического учреждения, с участием самого гражданина". Признание гражданина недееспособным приводит к радикальным изменениям его социального положения, поэтому процедура признания гражданина недееспособным требует максимального соблюдения его прав в процессе судопроизводства.

Таким образом, в гражданский процесс законодателем введено новое правовое понятие: "опасность для жизни или здоровья самого гражданина либо для жизни или здоровья окружающих" при решении вопроса о признании гражданина недееспособным.

В судебной психиатрии существует проблема оценки опасности психически больных. В уголовном процессе потенциальная общественная опасность обвиняемого оценивается экспертами при решении вопроса о назначении принудительных мер медицинского характера, чему посвящены многие работы судебных психиатров (Котов В.П., Мальцева М.М., 1994, 2006; Макушкина О.А.

2015). В общей психиатрической практике оценивается непосредственная опасность больного врачом-психиатром при госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке (Котов В.П., Мальцева М.М., 1994, 1995). Вместе с тем в гражданском процессе этот вопрос ранее не рассматривался, имеются лишь единичные работы, посвященные данной проблематике. Однако определение "опасности" лица с психическими расстройствами входит в компетенцию судебного психиатра и должно решаться в рамках судебно-психиатрической экспертизы, назначенной судом при рассмотрении дела о признании гражданина недееспособным.

Таким образом, законодателем поставлена новая экспертная задача - оценка опасности присутствия лица с психическим расстройством в зале суда с учетом опасности для жизни и здоровья окружающих либо для жизни и здоровья самого гражданина. Исходя из этого, была сформирована цель исследования.

Цель исследования. Выделение клинических критериев опасности присутствия в зале судебного заседания лиц с психическими расстройствами при решении вопроса о признании их недееспособными, с учетом оценки опасности для жизни и здоровья самого гражданина и для жизни и здоровья окружающих.

Задачи исследования:

1. Выделение клинко-психопатологических характеристик и особенностей соматоневрологического состояния лиц, страдающих деменцией, умственной отсталостью и шизофренией, в отношении которых решается вопрос о возможности присутствия в зале судебного заседания при признании их недееспособными.

2. Определение значимых социальных характеристик лиц, страдающих деменцией, умственной отсталостью и шизофренией, в отношении которых решается вопрос о возможности присутствия в зале судебного заседания при признании их недееспособными.

3. Выделение клинических критериев опасности для жизни и здоровья самого гражданина и для жизни и здоровья окружающих, препятствующих присутствию в зале судебного заседания лица, страдающего психическим расстройством, при решении вопроса о его недееспособности.

4. Разработка экспертных моделей определения неспособности присутствия в зале судебного заседания лиц, страдающих деменцией, умственной отсталостью и шизофренией, в отношении которых решается вопрос об их недееспособности.

Основные положения, выносимые на защиту диссертационной работы:

1. Экспертное заключение о неспособности присутствия в зале судебного заседания лица при признании его недееспособным основывается на актуальном психическом состоянии больного, с учетом прогностической оценки опасности для жизни или здоровья самого больного либо для жизни или здоровья окружающих.

2. Неспособность присутствия в зале суда с учетом оценки опасности у лиц, страдающих шизофренией обусловлена аффективно-бредовой симптоматикой, сопровождающейся импульсивными и агрессивными формами реагирования.

3. Неспособность присутствия в зале суда с учетом оценки опасности у лиц, страдающих умственной отсталостью, обусловлена недоразвитием когнитивных функций, аффективными формами реагирования (возбуждение, раздражительность, двигательное беспокойство) сопровождающееся агрессивными действиями.

4. Неспособность присутствия в зале суда с учетом оценки опасности у лиц, страдающих деменцией, обусловлена наличием у больных периодов спутанного сознания, выраженных когнитивных и эмоционально-волевых нарушений в сочетании с агрессивными, импульсивными формами поведения с возможностью причинения физического вреда себе и окружающим, а также наличие тяжелой соматоневрологической симптоматики.

5. Экспертная оценка неспособности присутствия в зале судебного заседания лиц, страдающих деменцией, умственной отсталостью, шизофренией, при признании их недееспособными, реализуются через две экспертные модели (стационарную и динамическую).

Научная новизна.

Впервые на клиническом судебно-психиатрическом материале проведен сравнительный анализ клинко-психопатологических, социальных характеристик лиц, страдающих деменцией, умственной отсталостью и шизофренией, в отношении которых решается вопрос о способности присутствия в зале судебного заседания при признании их недееспособными с учетом оценки опасности для себя и окружающих.

Впервые на основе клинического материала разработаны симптомокомплексы экспертной оценки опасности присутствия в зале судебного заседания лиц с психическими расстройствами при признании их недееспособными с учетом оценки опасности для жизни и здоровья самого гражданина и для жизни и здоровья окружающих.

Выделены и обоснованы экспертные модели оценки неспособности присутствия в зале судебного заседания лиц, страдающих психическими расстройствами, при признании их недееспособными.

Практическая значимость работы.

Полученные результаты могут быть использованы в деятельности судебно-психиатрических экспертных комиссий при решении вопроса о способности присутствовать в зале судебного заседания лиц, в отношении которых решается вопрос о признании их недееспособными с учетом опасности для жизни и здоровья самого больного либо для жизни и здоровья окружающих на основании оценки психического состояния и сопутствующих соматоневрологических нарушений.

Также данные результаты способствуют оптимизации проведения судебно-психиатрической экспертизы при оценке опасности присутствия лица с психическим расстройством в зале судебного заседания при признании его недееспособным.

Внедрение результатов работы

Полученные данные исследования используются в клинической и судебно-психиатрической практике ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, Московской клинической психиатрической больницы №1 им. Алексева при проведении судебно-психиатрических экспертиз.

Апробация и публикация материалов исследования

По материалам исследования опубликованы 7 печатных работ, из которых 2 – в рецензируемых научных журналах ВАК. Диссертация апробирована 21 июня 2017 года на Проблемном совете по судебной психиатрии ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России.

Объем и структура работы.

Диссертационная работа состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, списка литературы. Работа изложена на 204 страницах машинописного текста,

включающего 13 таблиц и 9 рисунков. Указатель литературы содержит 136 источников, из них 122 отечественных, 14 зарубежных.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования. Обследованы 107 больных, с различными клинико-нозологическими формами психических расстройств (шизофрения, умственная отсталость, деменция), в отношении которых было вынесено экспертное решение о неспособности понимать значение своих действий и руководить ими. Все подэкспертные проходили судебно-психиатрическую экспертизу в ФГБУ "ФМИЦПН им. В.П. Сербского" Минздрава России по гражданским делам о признании их недееспособными в период с 2013 по 2016 гг.

Основными критериями включения в исследование были: учитывая статистические данные частоты психических расстройств, которые преимущественно определяются на судебно-психиатрической экспертизе как соответствующие недееспособности, были следующие: деменции: F00.04, F01.8, F02.2, F02.802, F02.808 по МКБ-10; шизофрения: F20, F20.5, F21.4, F22.82 по МКБ-10; умственная отсталость: F71 - F73 по МКБ -10; возраст обследованных старше 18 лет; процессуальное положение исследуемого (лица, направленные на судебно-психиатрическую экспертизу в связи с признанием их недееспособными, в отношении которых было вынесено заключение о неспособности понимать значение своих действий и руководить ими).

В исследовании использованы анамнестический, клинико-психопатологический, клинико-динамический и статистический методы исследования. Наряду с основными методами использовались методы диагностического шкалирования (Mini-Mental State Examination Folstein M.F., Folstein S.E., Hugh P.R., 1975; Instrumental Activities of daily living scale Lowton M.P., Brody E.M., 1969), и психометрический метод (шкала позитивных и негативных симптомов, Crow T., 1980, Andreasen N., Olsen S., 1982). Использована карта обследования включающая 420 параметров: персонографические, социальные, соматические, неврологические и психопатологические параметры; базировалось на

сопоставительном анализе групп больных с различными видами экспертного решения.

Верификация результатов осуществлялась с помощью обработки данных в электронных математико-статистических пакетах Statistica 10.0 for Windows, включала определение частотности изучаемых признаков (выявление их абсолютных значений и удельного веса показателей), анализ достоверных различий сравниваемых показателей осуществлялся с помощью χ^2 -критерия (точный тест Фишера), критерий Манна-Уитни, различия считались статистически значимым при уровне ошибки $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В соответствии с целью и задачами исследования были сформированы 2 группы больных: **1 группа** (50, 46,7%) - подэкспертных, в отношении которых было вынесено заключение о возможности присутствия в зале судебного заседания, **2 группа** (57, 53,3%) - подэкспертных с экспертным решением о невозможности присутствия в зале судебного заседания, так как их психическое состояние может представлять опасность для жизни и здоровья самого больного, а также для жизни и здоровья окружающих.

В соответствии с действующим законодательством (ст. 284 ГПК РФ) экспертное решение о невозможности присутствия лица в судебном заседании помещении суда основывалось на двух составляющих данной правовой нормы (опасность для жизни и здоровья самих больных и опасность для жизни и здоровья окружающих), поэтому во второй группе были выделены 2 подгруппы:

I подгруппа - с учетом оценки опасности для жизни и здоровья самого больного - 40 обследуемых;

II подгруппа - с учетом оценки опасности для жизни и здоровья окружающих - 17 обследуемых.

Оценка способности присутствия в зале судебного заседания лиц, в обеих группах и подгруппах проводилась в соответствии с типом нозологии психического расстройства.

Из всех обследованных в обеих группах, страдающих шизофренией, было 25,2% (27 человек), умственной отсталостью - 18,7% (20 человек), деменцией - 56,1% (60 человек).

Среди клинических форм отмечались: сосудистая деменция - 26,7%, деменция в связи со смешанными заболеваниями - 40%, этим формам сопутствовала психотическая симптоматика; деменция при болезни Альцгеймера - 18,3%, деменция в связи с эпилепсией - 10%. Деменция при болезни Гентингтона и деменция при болезни Паркинсона были диагностированы по 1,7% случаев.

Умственная отсталость была представлена умеренной (35%) и глубокой (25%) степенью тяжести, тяжелая степень отмечалась в 40% случаев.

Из числа больных шизофренией параноидная форма непрерывно текущая составили - 63%, остаточная шизофрения - наблюдалась в 29,6% случаев, паранояльная и псевдопсихопатическая шизофрения - по 3,7% наблюдений.

Среди всех обследуемых было 55 женщин и 52 мужчины в возрасте от 18 лет до 91 года. Средний возраст у больных, страдающих шизофренией составил 51,7 года, деменцией - 70,2 лет, у больных с умственной отсталостью - 23,2 года.

Анализ значимых социальных показателей выявил, что все обследуемые с шизофренией имели инвалидность по психическому заболеванию I - II групп в течение длительного времени от 5 до 45 лет. Инвалидность имели обследуемые с деменцией: по психическому заболеванию 51,6%, по соматическому - 16,7%. В связи с быстрым прогрессированием заболевания, требующего постоянного ухода и надзора, 21,6% больных проживали в психоневрологическом интернате.

У всех обследуемых страдающих умственной отсталостью отмечались выраженные нарушения психофизического развития, в результате чего больные были необучаемы, не способны к самостоятельному проживанию. Такие больные нуждались в постоянном уходе и надзоре, в 70% они проживали с родителями, в 30% - в психоневрологическом интернате. Все больные имели группу инвалидности (75% была установлена I группа инвалидности).

Стационарное лечение в психиатрической больнице проходили все обследуемые с шизофренией, 46,7% - с деменцией, это было связано с отказом от лечения, нарушением поведения (психопатоподобное поведение), наличием

бредовых идей, а так же значительным нарушениям в эмоционально-волевой сфере. Больные с умственной отсталостью в 35% проходили стационарное лечение в связи с агрессивным поведением. Под наблюдением у психиатра состояли все обследуемые с шизофренией и умственной отсталостью, 60% - с деменцией.

Среди обследованных больных с *шизофренией*, из 27 наблюдений: 20 обследуемых могли присутствовать в зале суда (40% от всех обследуемых 1-й группы), 7 обследуемых - не могли, так как представляли опасность для жизни и здоровья окружающих (12,3% от всех обследуемых 2-й группы).

У них выявлялась продуктивная психопатологическая симптоматика галлюцинаторно-бредовой структуры (систематизированные бредовые идеи отношения, преследования, воздействия, ущерба, слуховые галлюцинации), направленной на конкретных лиц, сопровождалась дисфорическими реакциями, которые проявлялись вспыльчивостью, раздражительностью, развитием психомоторного возбуждения, импульсивными и агрессивными поступками, преимущественно во 2-й группе (100%, $\chi^2=5,56$, $p=0,0184$). Критика к своему состоянию у обследуемых отсутствовала. Депрессивная симптоматика отмечалась только у обследуемых 1-й группы (20% от группы с данной нозологией, 8% от общего числа группы).

Негативная симптоматика проявлялась характерными для шизофренического процесса когнитивными нарушениями: расстройством мышления в виде нецеленаправленности, непоследовательности, искажения мыслительной деятельности в виде паралогичности, "разноплановости", обнаруживались "соскальзывания", что было достоверно чаще у больных 2-й группы (100%, $\chi^2=4,73$, $p=0,0297$). В этой же группе достоверно чаще отмечалась истощаемость психических процессов в виде снижения способности к каким-либо продолжительным действиям (71,4%, $\chi^2=6,17$, $p=0,0130$).

В эмоционально-волевой сфере в обеих группах отмечалось снижение интенсивности эмоций. Однако во 2-й группе на фоне эмоциональной измененности отмечалась парадоксальность реакций, с неадекватностью эмоциональных проявлений в сочетании с характерологическими чертами, а именно застреваемостью на эмоционально-значимых переживаниях, что нередко проявлялось

раздражительностью, агрессивностью, несдержанностью, с совершением импульсивных поступков (100% обследуемых 2-й группы с данной нозологией, 12,3% от общего числа 2-й группы).

Выраженный апатобулический синдром наблюдался у обследуемых 2-й группы с данной нозологией в 57,1% (7,02% от общего числа 2-й группы), что проявлялось выраженным эмоциональным обеднением, снижением энергетического потенциала, сопровождавшееся снижением концентрации внимания, негативным отношением к окружающему с проявлениями озлобленности.

Повышенная активность, возбудимость, были свойственны также больным 2-й группы (42,8%, $\chi^2=9,64$, $p=0,0019$).

Оценка степени выраженности синдромов эндогенного процесса по шкале PANSS показывает, что более значимые психические нарушения отмечались во второй группе, в сравнении с первой группой. Общий средний балл значительно ниже у обследуемых 1-й группы (67,3), в сравнении со 2-й группой (100,7); тяжесть клинических проявлений по шкале общих психопатологических синдромов более выражена у обследуемых 2-й группы - 48,8 (32,8 - 1-я группа) и проявлялась тревожностью (3,57 и 1,65 соответственно), напряженностью (5,14 и 1,65), малоконтактностью (3,42 и 1,65 соответственно), агрессивностью (4,42 и 1,2). Анализ различных векторов психопатологической симптоматики шизофрении по шкале PANSS выявил достоверные различия между двумя группами. Во 2-й группе больше, чем в 1-й, негативная симптоматика проявлялась нарушением абстрактного мышления (5,85 и 3,8 соответственно), что приводило к затруднению обобщения с замещением связей между предметами на конкретные; нарушением спонтанности и плавности речи (4,57 и 2,7 соответственно), что проявлялось в результате снижения волевых побуждений; позитивная симптоматика определялась психотическими расстройствами бредовой структуры (5,14 и 2,0 соответственно) с проявлением возбуждения (3,42 и 1,8), подозрительности (4,14 и 1,5), враждебности (3,42 и 1,15 соответственно).

Клинические особенности обследуемых страдающих **умственной отсталостью** (7 обследуемых из 1-й группы (14% от всех обследуемых 1-й группы), 13 обследуемых были из 2-й группы (22,8% от всех обследуемых 2-й

группы). У подэкспертных выявлялась тяжелая перинатальная патология, но одной из наиболее важной являлся детский церебральный паралич, который достоверно чаще отмечался во 2-й группе (84,6%, $\chi^2=6,28$, $p=0,0022$). Последствия детского церебрального паралича сопровождались различной степенью выраженности неврологической симптоматики, которые оказали существенное влияние на психическую деятельность обследуемых, что обусловило невозможность обучения и освоения элементарных навыков, формируя специфические особенности в эмоционально-волевой сфере.

У обследуемых, которым было рекомендовано не присутствовать в зале суда, так как их психическое состояние представляло *опасность для жизни и здоровья окружающих* (15,3% от 2-й группы с данной нозологией, 3,5% от общего числа группы), отмечались аффективно-волевые нарушения характеризующиеся частыми колебаниями настроения, нарушениями поведения в виде периодов возбуждения, раздражительности с совершением агрессивных импульсивных поступков, направленных против конкретных лиц, в том числе отмечалась разрушительная деятельность.

Обследуемым, которым было рекомендовано не присутствовать в зале суда, так как их психическое состояние представляло *опасность для их жизни и здоровья* (84,6% от 2-й группы с данной нозологией, 19,3% от общего числа группы), были свойственны эмоционально-волевые нарушения в виде апатоабулического синдрома, который проявлялся заторможенностью, вялостью, апатией, безразличием ко всему. Из них у 5 обследуемых (38,5% от 2-й группы с данной нозологией, 8,7% от общего числа группы) при нахождении в необычной для них обстановке обнаруживалось состояние панического страха, что проявлялось учащенным пульсом и дыханием, усилением слюноотечения и гиперкинезами, возникали эпилептические припадки. Однако, у некоторых обследуемых (46,1% от 2-й группы с данной нозологией, 10,5% от общего числа группы), такое состояние периодически проявлялось внезапными аффективными вспышками возбуждения, двигательным беспокойством, аутоагрессивными действиями, что нередко провоцировало эпилептический приступ.

Интеллектуально-мнестические показатели во 2-й группе статистически достоверно были значительно ниже, чем в 1-й, у них отмечалось недоразвитие

мышления, памяти (100%, $\chi^2=12,38$, $p=0,0004$). Внимание было неустойчивое, с трудом удавалось привлечь их к беседе (100%, $\chi^2=6,55$, $p=0,0105$). У данных обследуемых отмечалась полная дезориентировка в окружающем и собственной личности (100%, $\chi^2=4,13$, $p=0,0422$).

Неврологическая симптоматика в виде парезов, параличей, обездвиженности (23,1%), гиперкинезов (84,6%, $\chi^2=13,16$, $p=0,0003$), наблюдалась только у обследуемых 2-й группы, у которых психическое состояние представляло *опасность для их жизни и здоровья*.

Клинические особенности обследуемых, страдающих *деменцией* (в 1-й группе - 23 обследуемых (46% от всех обследуемых 1-й группы), во 2-й группе - 37 обследуемых (65% от всех обследуемых 2-й группы) проявлялись грубым снижением интеллекта, замедленностью, ригидностью, малопродуктивностью мышления - это было связано с прогрессированием заболевания в результате которого, происходило изменение личности, проявляющееся ее огрублением, сужением кругозора и интересов, усилением ригидности, стереотипизацией и шаблонностью взглядов и высказываний, оскудением эмоциональных контактов и отзывчивости, нарастанием эгоцентричности (только у обследованных 2-й группы - 13,5%), усилением угрюмости и ворчливости. Отмечалось ухудшение абстрактного мышления, концентрации внимания, усиливалась забывчатость, затруднялась повседневная деятельность. Выявлялись нарушения памяти на прошлые и текущие события (грубые нарушения, были больше свойственны обследуемым 2-й группы - 81,1%), что мешало запоминанию и образованию новых связей и приводило к фиксационной амнезии с амнестической дезориентировкой, что так же достоверно чаще отмечалось во 2-й группе (86,7%, $\chi^2=10,44$, $p=0,0012$) и нередко, при нахождении обследуемого в непривычной для него обстановке приводило к изменению психического состояния в виде спутанности сознания и развитию психомоторного возбуждения.

В целях подтверждения когнитивных нарушений у обследованных с деменцией, было проведено дополнительное исследование для скрининга и оценки тяжести деменции: "Экспресс-метод исследования психического состояния" (Mini-Mental State Examination). MMSE был проведен в 60 наблюдениях (56,1%). Среди обследуемых с показателями MMSE ниже 10 баллов (35 наблюдений), что

соответствует деменции тяжелой степени выраженности, 27 наблюдений входило в состав 2-й группы, 8 наблюдений относилось к 1-й группе. В группе, где показатели MMSE составили от 11-19 баллов, что соответствует деменции умеренной степени выраженности, 15 случаев относилось к 1-й группе, 10 случаев - ко 2-й группе.

В 1-й группе эмоционально-волевые расстройства проявлялись вялостью, аспонтанностью, безынициативностью, снижением побудительной силы. Аффективные расстройства были представлены депрессивной симптоматикой легкой (39,1% обследованных 1-й группы с данным диагнозом, 18% от общего числа 1-й группы) и средней (52,1% обследованных 1-й группы с данной нозологией, 24% от общего числа 1-й группы) степени тяжести. Личностные нарушения проявлялись внушаемостью и подчиняемостью, ипохондричностью, недоверчивостью и подозрительностью, с застреванием на негативных и значимых для них переживаниях.

Во 2-й группе у обследуемых преобладало неустойчивое настроение, оно проявлялось эмоциональной напряженностью в связи со сложившейся ситуацией: застреванием на эмоционально-значимых переживаниях, что нередко проявлялось раздражительностью, вспыльчивостью, агрессивностью, конфликтностью, гневливостью.

У обследуемых 2-й группы (21,6% обследуемых 2-й группы с данной нозологией, 14% от общего числа 2-й группы), которым было рекомендовано не присутствовать в зале суда, так как их психическое состояние представляло *опасность для жизни и здоровья окружающих*, психотические расстройства были представлены стойкими бредовыми идеями отношения, отравления и ущерба, сопровождающимися дисфорическими реакциями с агрессивными действиями по отношению к окружающим. В непривычной обстановке изменение психического состояния выражалось в появлении спутанного сознания, развитии психомоторного возбуждения, что обуславливало возможность совершения обследуемыми импульсивных агрессивных действий.

У обследуемых 2-й группы, страдающих *деменцией* (78,4% обследуемых 2-й группы с данной нозологией, 50,8% от общего числа 2-й группы), которым было рекомендовано не присутствовать в зале суда, так как их психическое состояние представляло *опасность для их жизни и здоровья*, также отмечались нарушения в

виде раздражительности, с совершением импульсивных поступков с возможностью причинения физического вреда себе, немотивированной аутоагрессией, возбуждением с хаотичной двигательной активностью. Такое состояние было спровоцировано наличием психотической симптоматики со спутанностью сознания, которая усугублялась и проявлялась ухудшением ориентировки в окружающем, растерянностью, невозможностью осмыслить происходящее, грубыми нарушениями поведения с явлениями аутоагрессии. Именно у этой группы больных, периоды ухудшения психического состояния происходили в результате утяжеления соматоневрологического состояния, которое происходило под влиянием неблагоприятных внешних и психогенных факторов, ведь само пребывание больного в судебном заседании в новых незнакомых условиях является стрессовым фактором, который также может привести к ухудшению соматического состояния (развитие гипертонических кризов, острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), инфаркта миокарда, судорожные приступы) и, соответственно, повышается риск ухудшения психического состояния больного с развитием соматогенных психозов. Также у этой группы больных отмечались нарушения двигательных функций с обездвиженностью, гемипарезом и тетрапарезом, гиперкинезами, что нередко приводило к необходимости фиксации обследуемого.

Был проведен анализ клинико-психопатологических характеристик, ретроспективный анализ психического состояния обследуемого с выделением симптомокомплексов, которые имеют прогностическое значение для оценки нарушения и контроля поведения обследуемого.

Симптомокомплексы, указывающие на неспособность присутствовать в зале суда с учетом оценки опасности для жизни и *здоровья окружающих, больных шизофренией (41,1% от общего числа 2 подгруппы)*, включали: актуальные бредовые идеи отношения, отравления, ущерба, которые были направлены на конкретных лиц из ближайшего окружения. Наличие бредовой симптоматики отражалось на поведении обследуемых и сопровождалось аффективными нарушениями (17,6% от общего числа 2 подгруппы). Данные нарушения обуславливали дисфорическую агрессивность, которая возникала внезапно и диктовалась бредовой симптоматикой с проявлением эмоциональной бесконтрольности, нарушением волевых расстройств с

выраженным снижением волевого контроля поведения (гиперактивность, возбудимость), наличием импульсивных и агрессивных форм реагирования.

Наличие у обследованных апатоабулического дефекта (23,5% от общего числа 2 подгруппы), который проявлялся выраженным эмоциональным обеднением, равнодушием, безразличием или негативным отношением к окружающему с проявлением озлобленности. Нарушения в эмоциональной сфере приводили к неправильному восприятию действий окружающих, неадекватной оценки их эмоций, что определяло искаженное понимание эмоционального подтекста событий. На фоне значительного оскудения эмоциональных проявлений выявлялись эмоциональная парадоксальность, а опустошение сочеталось с неадекватностью эмоциональных реакций.

У лиц, страдающих *умственной отсталостью* (11,8% от общего числа 2 подгруппы), неспособность присутствия в зале суда была обусловлена общим умственным недоразвитием в сочетании с психопатоподобными и дисфорическими расстройствами в виде аффективных разрядов, которые возникали либо спонтанно, либо на какой-то внешний раздражитель, что сопровождалось неадекватной реакцией в виде психомоторного возбуждения с хаотичной двигательной расторможенностью, примитивной яростью либо разрушительными агрессивными действиями.

У лиц, страдающих *деменцией* (47,1% от общего числа 2 подгруппы), такое состояние было обусловлено дезориентировкой, спутанным сознанием, когнитивными нарушениями и наличием психотической симптоматики, которая была представлена бредовыми идеями отношения, преследования, ущерба, которые были связаны с лицами из ближайшего окружения, что на фоне тоскливо-злобного компонента проявлялось дисфорическими реакциями с недовольством в отношении окружающих, взрывчатостью, конфликтностью в сочетании с двигательным возбуждением, совершением импульсивных и агрессивных поступков. У данных обследуемых отмечались стойкие нарушения критических способностей к своему состоянию.

Симптомокомплексы, указывающие на неспособность присутствовать в зале суда с учетом оценки опасности для *их жизни и здоровья*, страдающих *умственной*

отсталостью (27,5% от общего числа 1 подгруппы), включали состояние острой растерянности, немотивированного панического страха, что проявлялось учащенным пульсом и дыханием, повышенным мышечным тонусом, обследуемые издавали нечленораздельные звуки, кричали, были неусидчивы, отмечались усиленные гиперкинезы, что приводило к нанесению себе самоповреждений и нередко сопровождалось возникновением судорожных припадков.

У лиц, страдающих *деменцией* (72,5% от общего числа 1-й подгруппы) наряду с выраженными когнитивными нарушениями, выявлялась полная утрата социального функционирования и поведенческой активности вплоть до невозможности самостоятельно осуществлять свои бытовые потребности (невозможность соблюдения санитарно-гигиенических норм, контроль физиологических отправлений), нередко они были обездвижены и у них отмечались парезы, параличи. У данных обследуемых нередко в новой обстановке возникали состояния спутанности, растерянности с чувством страха, дезориентировкой в месте и времени, невозможностью осмыслить происходящее, грубыми нарушениями поведения с явлениями аутоагрессии (хаотичная двигательная активность). По анамнестическим данным, такое состояние нередко сопровождалось утяжелением соматоневрологических заболеваний, развитием гипертонических кризов (75,7%), ОНМК, инфаркта миокарда, судорожных припадков (16,2%)

По результатам исследования с использованием клинико-психопатологического и статистических методов выделены 2 модели принятия решения о неспособности присутствия в зале суда лиц при признании их недееспособными.

Первая экспертная модель (стационарная) о неспособности присутствия лица в зале суда по психическому состоянию в связи с потенциальной опасностью для себя и окружающих, была применена в 28 наблюдениях (49,3% от всех обследуемых второй группы) при наличии стойкой психопатологической симптоматики, сопровождавшейся поведенческими нарушениями, с неспособностью к осознанию своего поведения и его регуляции на момент прохождения судебно-психиатрической экспертизы.

Для **первой экспертной модели** приоритетным является, актуальное состояние, сохраняющиеся на протяжении длительного времени и на период прохождения экспертизы, у лиц с различными нозологиями: активные бредовые идеи, аффективные нарушения, проявляющиеся дисфорическими реакциями с агрессивными и импульсивными действиями либо состояниями растерянности, возникающие у обследуемого в незнакомой ситуации, что приводит к психомоторному возбуждению и двигательной расторможенности.

Вторая экспертная модель (динамическая) была применена в 29 наблюдениях (50,8% от всех обследуемых второй группы). Прогностическая оценка потенциальной опасности присутствия в зале суда при **второй экспертной модели** осуществляется на анализе клинико-динамических, соматоневрологических, психопатологических характеристиках актуального состояния с учетом анамнестических данных о динамических сдвигах (состояния декомпенсации) связанных с внешними ситуативными факторами, которые приводят к нарушениям поведения обследуемых. В этих случаях, под влиянием сложившихся условий, происходит обострение имеющихся психопатологических расстройств с заострением патохарактерологических особенностей, аффективных нарушений с агрессивными и аутоагрессивными действиями, а также ухудшение соматоневрологического состояния.

ВЫВОДЫ

1. Исходя из анализа совокупности клинико-психопатологических и социальных характеристик, а также учитывая особенности соматоневрологического состояния лиц, страдающих психическими расстройствами (деменция, шизофрения, умственная отсталость), в отношении которых решается вопрос о признании их недееспособными и присутствия в зале судебного заседания, выделены, в соответствии с законодательной нормой, критерии опасности присутствия в зале судебного заседания с учетом:

- опасности для жизни и здоровья окружающих;
- опасности для жизни и здоровья самого гражданина.

2. Клинико-психопатологические критерии, препятствующие присутствию в зале судебного заседания лица, в отношении которого решается вопрос о признании

его недееспособным, с учетом прогностической оценки потенциальной *опасности для жизни и здоровья окружающих*, включают в себя:

2.1. У больных страдающих *шизофренией* к таким критериям относятся: наличие активной аффективно-бредовой симптоматики, сопровождающейся бредовым поведением и эмоционально-волевыми расстройствами (эмоциональная бесконтрольность, аспонтанность), с выраженным нарушением волевого контроля поведения, наличием импульсивных и агрессивных форм реагирования.

2.2. У больных с тяжелыми формами *умственной отсталости*, к таким критериям относятся: полная дезориентировка в окружающем, выраженная несформированность всех когнитивных функций в сочетании с неустойчивым настроением с аффективными вспышками возбуждения, раздражения, расторможенности, двигательным беспокойством, сопровождающиеся агрессивными импульсивными действиями, направленными на окружающих лиц, что проявляется спонтанно и усиливается в незнакомой для больных обстановке.

2.3. У больных с *деменцией* к таким критериям относятся: наличие бредовой психотической симптоматики (бредовые идеи отношения, преследования, ущерба), сопровождавшейся нарушением адекватного эмоционального реагирования, агрессивными, импульсивными формами поведения (реакция на "страх", "угрозу" со стороны родственников и окружающих) со стойкими нарушениями критики к своему состоянию.

3. Клинические критерии, препятствующие присутствию в зале судебного заседания лица, в отношении которого решается вопрос о признании его недееспособным, с учетом прогностической оценки потенциальной *опасности для жизни и здоровья самого больного*, включают в себя:

3.1. У больных с *умственной отсталостью*, к таким критериям относятся: наличие выраженных последствий перинатальной (детский церебральный паралич) и соматоневрологической патологии, сопровождающейся парезами, параличами; тотальная несформированность когнитивных функций с тяжелыми речевыми и сенсорными расстройствами, частые аффективные проявления в виде эйфорий и дисфорий, которые провоцируются изменениями привычных раздражителей, появлением новых необычных для больного раздражителей (в том числе

транспортировка больного и пребывание его в зале судебного заседания), что может ухудшить его состояние и способствовать возникновению судорожных приступов и хореоподобных гиперкинезов.

3.2. У больных, страдающих *деменцией*, к таким критериям относятся: спутанное сознание сопровождающееся амнестической дезориентировкой в окружающем, выраженное когнитивное снижение с грубым нарушением эмоционально-волевой регуляции своего поведения и контроля в сочетании с интеркуррентной соматоневрологической патологией (сердечнососудистой, ОНМК, судорожными припадками). Изменение привычного для больного обстановки (транспортировка и пребывание в зале суда) повышает риск ухудшения психического и соматоневрологического состояния (риск возникновения гипертонического криза, инфаркта миокарда или ОНМК) и обуславливает опасность для его жизни и здоровья.

4. Проведенное исследование не выявило статистически достоверных различий социальных показателей между группами исследуемых больных, которые могут и не могут присутствовать в зале суда при признании их недееспособными, у которых в период проведения экспертизы были выявлены психопатологические расстройства соответствующие медицинскому критерию недееспособности.

5. Определение неспособности присутствия в зале судебного заседания лиц страдающих деменцией, умственной отсталостью, шизофренией, при признании их недееспособными, реализуется через две экспертные модели:

- Первая экспертная модель (стационарная) используется при наличии стойкой психопатологической симптоматики, сопровождавшейся поведенческими нарушениями, с неспособностью к осознанию своего поведения и его регуляции на момент прохождения судебно-психиатрической экспертизы.

- Вторая экспертная модель (динамическая) основана на анализе клинико-динамических, соматоневрологических, психопатологических характеристиках актуального состояния с учетом анамнестических данных о динамических сдвигах (состояния декомпенсации) связанных с внешними ситуативными факторами, которые приводят к нарушениям поведения обследуемых.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Христофорова М.А. Судебно-психиатрическая оценка способности присутствия в суде лиц с психическими расстройствами при лишении их дееспособности / Харитонова Н.К., Королева Е.В. // Психическое здоровье. - 2017. - №4. - С.59-64.
2. Христофорова М.А. К вопросу о присутствии лица с психическими расстройствами в зале суда при признании его недееспособным / Харитонова Н.К., Васянина В.И. // Российский психиатрический журнал. - 2017. - №4. - С.31-40.
3. Христофорова М.А. Оценка "опасности" присутствия в зале судебного заседания лиц при лишении их дееспособности // Материалы XVI съезда психиатров России "Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы". - Казань. - 2015. - С.870.
4. Христофорова М.А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза по делам об ограничении дееспособности вследствие психического расстройства: проблемы и перспективы / Сафуанов Ф.С., Харитонова Н.К., Зейгер М.В., Переправина Ю.О. // Российский психиатрический журнал. - 2016. - №2. - С.37-43.
5. Христофорова М.А. Клинические и правовые основания для возбуждения гражданского дела о признании лица ограниченно дееспособным / Харитонова Н.К., Васянина В.И. // Практика судебно-психиатрической экспертизы: Сборник №54. - 2016. С.149-161.
6. Христофорова М.А. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе на предмет восстановления дееспособности // Практика судебно-психиатрической экспертизы: Сборник №55. - 2017. С.47-57.
7. Христофорова М.А. Судебно-психиатрическая оценка способности присутствия в суде лиц с психическими расстройствами при лишении дееспособности / Харитонова Н.К., Королева Е.В., Васянина В.И., Русаковская О.А. // Методические рекомендации. - М.: ФГБУ "ФМИЦПН им. В.П. Сербского" Минздрава России. - 2017. - 24с.